



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. September 2020 (725 20 70 / 219)

Unfallversicherung

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Natalie Matiaska, Advokatin, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Advokatur am Bahnhof GmbH, Güterstrasse 106, Postfach 109, 4018 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1958 geborene A.____ arbeitete seit Juli 2010 bei der B.____ GmbH in der Spedition und in der Warenannahme. In dieser Eigenschaft war er bei der Schweizerischen Unfallversicherungsgesellschaft (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am

13. Juni 2018 liess er über seine Arbeitgeberin ein Unfallereignis melden, wonach er am 16. September 2016 bei einem Kontrollgang um das Haus mit dem rechten Fuss umgeknickt sei. Die Suva richtete in der Folge die entsprechenden Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlungen und Taggeldern aus. Ein am 9. Juli 2018 durchgeführtes MRT ergab schwere Veränderungen im oberen Sprunggelenk (OSG) mit Verdacht auf eine Osteonekrose des Talus bei ausgeprägter, subchondraler Geröllzystenbildung, einem Knochenmarksödem, einer Destruktion des Knorpelbelags und einer girlandenförmigen, ödematösen Demarkationslinie. Am 13. August 2018 wurde im Spital C._____ ein ausgeprägter osteochondraler Defekt Corpus tali dorsolaterale erhoben. Ein durchgeführtes CT ergab unter anderem eine grosse, möglicherweise mehrseitige osteochondrale Läsion an der medialen Talusschulter, eine mehrfach gebrochene Kortikalis sowie multiple Fragmente in der OCD-Läsion. Am 4. September 2018 erfolgte die Implantation einer OSG-Prothese. Nach einem zunächst erfreulichen postoperativen Verlauf zeigte sich am Rückfuss jedoch eine zunehmende Valgusstellung mit einer Fehlüberlastung des Sprunggelenks, weshalb am 9. Juli 2019 eine stabilisierende Subtalar-Arthrodesis und eine wiederherstellende Osteotomie durchgeführt wurden.

B. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse schloss die Suva den Unfall vom 16. September 2016 mit Verfügung vom 4. Juli 2019 in Einstellung der Versicherungsleistungen per 8. Juli 2019 folgenlos ab. Dabei hielt sie fest, dass die über den 14. November 2016 hinaus bestehenden Beschwerden am rechten Fussgelenk aufgrund der Beurteilung ihres Kreisarztes nicht mehr als unfallbedingt zu betrachten seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 16. September 2016 eingestellt hätte, sei spätestens nach acht Wochen wieder erreicht gewesen. Die anschliessend ausgerichteten Leistungen seien deshalb zu Unrecht übernommen worden. Auf eine entsprechende Rückforderung werde jedoch verzichtet, und der Fall werde per 8. Juli 2019 abgeschlossen. Ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen würde abgelehnt. Dies betreffe auch die am 9. Juli 2019 geplante Operation.

C. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 30. Juli 2019 wies die Suva unter Hinweis auf eine kreisärztliche Beurteilung vom 12. Juni 2019 mit Einspracheentscheid vom 17. Januar 2020 ab.

D. Hiergegen hat der Versicherte, vertreten durch Advokatin Natalie Matiaska, am 17. Februar 2020 beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde erhoben und beantragt, es sei die Suva zu verpflichten, ihm die versicherten Leistungen über den 8. Juli 2019 hinaus zu erbringen; eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei unter anderem ein orthopädisches Gutachten einzuholen. Zur Begründung liess er zusammenfassend geltend machen, dass die Suva ihre Leistungspflicht gestützt auf eine versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 9. Juli 2018 am 12. Juli 2018 zunächst anerkannt habe. Weil die Bejahung der Kausalität in dieser kreisärztlichen Stellungnahme aber nicht zweifellos unrichtig gewesen sei, dürfe die Beschwerdegegnerin nun nicht mehr auf ihren Leistungsentscheid zurückkommen. Die Suva könne ausserdem keine Beweise vorbringen, dass eine Vorerkrankung vorgelegen habe, oder dass eine solche Vorerkrankung zu den aktuellen Beschwerden geführt habe. Insbesondere sei nicht nachgewiesen, dass die gesundheitlichen

Einschränkungen am rechten Fussgelenk auf einen bereits seit Jahren andauernden und degenerativen Prozess zurückzuführen seien. Die gegenteilige kreisärztliche Auffassung sei weder überzeugend noch schlüssig. Die medizinische Aktenlage sei fundiert und einheitlich. Sie lasse keine Zweifel an der Unfallkausalität der vorhandenen Fussbeschwerden zu.

E. Die Suva, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, schloss mit Vernehmlassung vom 25. März 2020 auf Abweisung der Beschwerde. Zusammenfassend hielt sie fest, dass es sich vorliegend nicht um eine Wiedererwägung handle. Die Suva habe lediglich den Fallabschluss verfügt, woran nichts auszusetzen sei. Die kreisärztlichen Kausalitätsbeurteilungen seien unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten erfolgt und seien nachvollziehbar. An deren Schlüssigkeit bestünden keine Zweifel. Von ergänzenden Gutachten seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

F. Nachdem das Kantonsgericht die IV-Akten des Versicherten zum Verfahren beigezogen hatte, verzichtete dieser mit Eingabe vom 18. Mai 2020 auf eine Stellungnahme. Die Suva hielt ihrerseits mit Stellungnahme vom 20. Mai 2020 an der Abweisung der Beschwerde fest.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht und einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene Beschwerde vom 17. Februar 2020 ist somit einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auch nach dem 8. Juli 2019 eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem am 16. September 2016 erlittenen Unfall trifft.

2.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten

dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden jedoch nach bisherigem Recht ausgerichtet (Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend noch auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug zu nehmen ist.

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 daher, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt mithin eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr 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 (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante (Gesundheitszustand, wie er vor dem Unfall vorlag, bzw. wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf früher oder später auch ohne Unfall eingestellt hätte) entfällt die (Teil-)Ursächlichkeit für noch bestehende Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange allerdings der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies gilt selbst dann, wenn die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil eine Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet, dass die versicherte

Person unter Umständen Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Art. 36 UVG setzt mit anderen Worten voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind in einem solchen Fall für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt jedoch vor, und Art. 36 UVG ist dann nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder gerade nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip mit anderen Worten teilweise durchbrochen. Der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb auch keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

3.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

3.4 Rechtsprechungsgemäss kann allerdings auch reinen Aktengutachten ein voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publizierte Erwägung 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366; vgl. auch Urteile U 181/06 vom 21. Juni 2007, E. 2.3, und U 223/06 vom 8. Februar 2007, E. 5.1.2). 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 unterschiedlich bewertet werden (HANS KIND, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52).

4. Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, dass die Suva nicht berechtigt gewesen sei, die bisher gewährten Leistungen einfach wieder einzustellen. Zur Begründung bringt er vor, dass die hierfür erforderliche Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit des ursprünglichen, die Leistungen zusprechenden Entscheids vom 12. Juli 2018 nicht erfüllt sei. In der Tat hat die Suva am 12. Juli 2018 zunächst bestätigt und am 16. August 2018 noch einmal bekräftigt, für die Folgen des Berufsunfalls vom 16. September 2016 aufzukommen und die entsprechenden Versicherungsleistungen zu übernehmen (Suva Dok 20 und 35). Ihre Zusage erfolgte gestützt auf die in diesem Zeitpunkt vorliegende kreisärztliche Kurzbeurteilung von Dr. med. D._____ vom 10. Juli 2018. Daraus geht hervor, dass die geltend gemachten Beschwerden am rechten Fuss und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 16. September 2016 zurückzuführen seien. Das Ereignis vom 16. September 2016 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer strukturellen Läsion am Innenknöchel geführt (Suva Dok 17). Mit Blick auf diese damals vorhandene Aktenlage gründete die ursprüngliche Leistungszusprache der Suva insoweit auf einer nachvollziehbaren Grundlage. In ihrer Verfügung vom 4. Juli 2019 hat sie ihre Versicherungsleistungen per 8. Juli 2019 sodann eingestellt. Dabei hat sie festgehalten, dass die über den 14. November 2016 hinaus bestehenden Beschwerden am rechten Fussgelenk nicht mehr unfallkausal gewesen seien, weshalb die seither ausgerichteten Leistungen zu Unrecht übernommen worden seien. Auf eine entsprechende Rückforderung

der über diesen Zeitpunkt hinaus erbrachten Versicherungsleistungen hat sie jedoch explizit verzichtet (Suva-Dok 105). Entgegen der in der Beschwerdebegründung vertretenen Auffassung ist bei dieser Sach- und Rechtslage eine Berufung auf die Wiedererwägung oder die prozessuale Revision für eine Leistungseinstellung nicht erforderlich. Hintergrund bildet der Umstand, dass eine Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro rechtsprechungsgemäss kein Zurückkommen auf bisher gewährte Versicherungsleistungen bedeutet (BGE 130 V 380). Nur wenn der Unfallversicherer die bisher erbrachten Leistungen auch zurückfordert, muss er einen hierfür erforderlichen Rückkommenstitel ausweisen (BGE 129 V 110, E. 1.1). Geht er nicht soweit, und lässt er die bisher allenfalls zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen, bildet Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche – soweit materiell rechtsgenügend begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (oben, Erwägungen 2.3 und 3.1) – die Unfallversicherung ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann (BGE 130 V 380, E. 2.3.1 f.). Nachdem die Suva in ihrer dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung explizit auf eine Rückforderung der ihrer Ansicht nach bereits seit 14. November 2016 nicht mehr geschuldeten Versicherungsleistungen verzichtet hat, durfte sie mithin ohne die Berücksichtigung der Rückkommensvoraussetzungen (Wiedererwägung, prozessuale Revision) auf ihre Leistungspflicht zurückkommen. Diese Voraussetzungen wären nur erforderlich, wenn und soweit sie zusammen mit ihrer Leistungseinstellung zugleich auch eine Leistungsrückerstattung verfügt hätte. Dies aber ist hier nicht der Fall.

5.1 Die Suva beruft sich für die Begründung ihrer Leistungseinstellung auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 12. Juni 2019. Daraus geht hervor, dass keine zeitnahe ärztliche Behandlung nach dem geltend gemachten Unfallereignis vom 16. September 2016 dokumentiert worden sei. Erst 2018 sei die entsprechende Unfallmeldung erfolgt und eine weiterführende Diagnostik eingeleitet worden. Auf den Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 2018 erkenne man einen Einbruch der talaren Gelenkfläche im talo-tibialen Gelenkbereich beinahe über die ganze Belastungszone. Zusätzlich bestünden kleine knöcherne Veränderungen an der Innenknöchelspitze sowie eine Degeneration der Aussenknöchelspitze und talonavicular. In der Kernspintomographie zeigten sich entsprechend narbige Veränderungen des medialen Bandapparates, so dass diese Veränderungen eine Folge des Unfallgeschehens sein könnten. Gleichzeitig bestehe jedoch eine vollständige Destruktion der talaren Gelenkfläche im tibiotalaren Gelenk mit Geröllzystenbildung sowie degenerativen Veränderungen auch im unteren Sprunggelenk. Die jetzt aufgefundenen Veränderungen seien Ausdruck einer fortschreitenden Degeneration des rechten oberen Sprunggelenks mit einer letztlich vollständigen Auflösung der Gelenkflächen. Das im Jahr 2016 beschriebene Unfallereignis ohne vorliegende Röntgendiagnostik und ohne bestehende Arbeitsunfähigkeit sei nicht in der Lage gewesen, eine derart fortschreitende Degeneration zu bewirken. Die beschriebenen Veränderungen seien vielmehr Ausdruck einer seit Jahren bestehenden Degeneration des OSG, die schliesslich zum aktuellen Befund geführt habe. Insbesondere die im Talus beschriebenen Zystenbildungen und Läsionen mit Einbruch der Gelenkfläche zeigten das End-Bild eines seit Jahren bis Jahrzehnten bestehenden Prozesses und nicht die Folgen eines zwei Jahre zuvor erlittenen Unfallereignisses. Die beschriebenen Veränderungen und die daraus resultierenden Operationen seien daher mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit keine Folge des Unfalls vom 16. September 2016. Jener Unfall mit erlittener Distorsion habe lediglich den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von acht Wochen besessen. Die aktuell beschriebenen Veränderungen seien Ausdruck eines seit Langem bestehenden degenerativen Prozesses. Die daraus resultierende Behandlung diene ausschliesslich der Behebung der Folgen dieses verschleissbedingten Leidens und stehe nicht in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. September 2016 (Suva Dok 96).

5.2 Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin keine Beweise vorzubringen in der Lage sei, wonach allfällige Vorerkrankungen zu den aktuell vorliegenden Einschränkungen geführt hätten. So sei nicht erstellt, dass die heutigen Beschwerden auf einen seit Jahren andauernden Degenerationsprozess zurückzuführen seien. Der zitierte kreisärztliche Bericht überzeuge nicht und stehe im Widerspruch zu den übrigen medizinischen Berichten. Die im Jahr 2019 erhobenen Veränderungen des Bandapparates, die Degenerationserscheinungen an den Knöchelspitzen sowie das Knochenmarksödem seien klare Anzeichen für ein erlittenes, schweres Distorsionstrauma. Durch die über Jahre fortdauernde Belastung des verletzten Fussgelenks sei es zu starken arthrotischen Beschwerden im oberen und unteren Sprunggelenk gekommen. Als Folge der Distorsion habe sich ausserdem eine Zyste und eine Talusnekrose entwickelt. Die Prothesendislokation sei auf diese unfallbedingte Knochendegeneration und die Instabilität des Fusses zurückzuführen. Der im Jahr 2016 erlittene Unfall sei somit natürlich kausal für die aktuell vorliegenden gesundheitlichen Beschwerden.

5.3.1 Wie erwähnt sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (oben, Erwägung 3.3 und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der oben zitierten Kausalitätsbeurteilung des Kreisarztes der Suva liegen hier aber vor. Zunächst fällt auf, dass die Einschätzung von Dr. E.____ (oben, Erwägung 5.1) der vorangehenden kreisärztlichen Einschätzung von Dr. D.____ vom 10. Juli 2018 offensichtlich widerspricht. Während Dr. E.____ dafür hält, dass der am 16. September 2016 erlittene Distorsion lediglich der Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender degenerativer Prozesse zukomme, bei welcher mit einer Ausheilung innerhalb von acht Wochen zu rechnen gewesen wäre, hat Dr. D.____ die rund 15 Monate nach diesem Ereignis geltend gemachten Fussbeschwerden noch immer als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge qualifiziert (Suva Dok 17; oben, Erwägung 4). Der Widerspruch zur zitierten Beurteilung von Dr. E.____ ist umso offensichtlicher, weil die Einschätzung von Dr. D.____ in Kenntnis der schon dazumal vorliegenden Bildgebung erfolgt ist, auf welche nunmehr auch Dr. E.____ referenziert. Bei dieser Ausgangslage würde es jedenfalls erstaunen, wenn die erstbeurteilende Kreisärztin den nunmehr von Dr. E.____ mit Nachdruck als einen über Jahre bis Jahrzehnte degenerativ postulierten Prozess übersehen hätte. Dr. D.____ hat ihre Einschätzung vielmehr damit begründet, dass das fragliche Unfallereignis zu einer strukturellen Läsion am Innenknöchel geführt hat. Auch diese Aussage widerspricht den nachträglichen

chen Ausführungen von Dr. E. ____ diametral. Entgegen der von der Suva vertretenen Auffassung (Vernehmlassung der Suva vom 25. März 2020, Ziffer 20) geht aus der Beurteilung von Dr. D. ____ nämlich gerade nicht hervor, dass lediglich die knöcherne Absprengung am Innenknöchel als unfallkausal anzuerkennen sei, die weiteren Behandlungen im Zusammenhang mit einer Knochenzyste am Sprunggelenk aber unfallfremd wären. Das Gegenteil ist der Fall: Die Kreisärztin hat die Frage, ob allfällige Vorschäden bestehen, in ihrer Kurzbeurteilung vom 10. Juli 2018 vielmehr explizit verneint. Daran hat sie auch rund sechs Monate später in ihrer Einschätzung vom 14. Januar 2019 festgehalten (Suva Dok 66). Wenn die Suva gestützt auf die ein halbes Jahr danach erfolgte Einschätzung von Dr. E. ____ nunmehr die Auffassung vertritt, die nach dem 14. November 2016 erbrachten Behandlungen und insbesondere auch die in diesem Zusammenhang erfolgten operativen Eingriffe seien seit jeher gar nicht unfallkausal gewesen, übersieht sie ausserdem, dass Dr. D. ____ Mitte August 2018 die am 4. September 2018 erfolgte Prothesen-Operation unmissverständlich als unfallkausal eingestuft hat (Suva Dok 38). Prima vista erscheint ihre Einschätzung durchaus nachvollziehbar, anerkennt doch auch die Beschwerdegegnerin, dass die knöcherne Absprengung am Knöchel des Versicherten eine Folge des im September 2016 erlittenen Unfalls darstellt.

5.3.2 Bei der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs fällt auf, dass alle durchgeführten Behandlungen bis kurz vor dem zweiten operativen Eingriff keinerlei Anlass zur Beanstandung gegeben haben. Erst nachdem die Behandler des Spitals F. ____ Ende Mai 2019 die Indikation zur Korrektur der Valgusstellung infolge Fehlbelastung der zuvor eingesetzten OSG-Prothese gestellt hatten, erfolgte eine erste ablehnende Kurzbeurteilung durch Dr. E. ____, wonach diese zweite Operation keine Folge des erlittenen Unfalls darstelle (Suva Dok 93). Kurz darauf erfolgte sodann die Leistungseinstellung mit Wirkung just einen Tag vor der geplanten Operation. Diese zeitliche Abfolge erstaunt, zumal die Begründung von Dr. E. ____, wonach bereits die ursprüngliche Behandlung wegen einer Knochenzyste am Sprunggelenk erfolgt wäre, in dieser Form wie soeben dargelegt gerade nicht aus den vorangegangenen Beurteilungen von Dr. D. ____ hervorgeht. Aber auch die Aussage von Dr. E. ____, dass kein Zusammenhang zwischen dem Unfall und der talaren Knochenzyste bestünde, vermag nicht zu überzeugen. Hintergrund bildet die gegenteilige Auffassung der Behandler, dass alle bisher durchgeführten Behandlungen und Operationen unfallkausale Folgen des im September 2016 erlittenen Unfalls darstellen würden. Der behandelnde Chefarzt begründete diese Auffassung am 27. August 2019 damit, dass das im September 2016 erlittene Supinationstrauma im rechten OSG einerseits zu einer Instabilität des Sprunggelenkkomplexes und andererseits zu einer Nekrose im Talus geführt habe. Explizit weist er darauf hin, dass eine andere Ursache für die fragliche Zystenbildung ausgeschlossen worden sei (Suva Dok 110). Der Beschwerdegegnerin ist zwar beizupflichten, dass Dr. E. ____ dieser Einschätzung mit Beurteilung vom 20. September 2019 widersprochen hat (Suva Dok 116). Auch mag fraglich sein, weshalb die ursprünglich im September 2016 offenbar schwerwiegende Verletzung während rund zwei Jahren keiner ärztlichen Behandlung bedurfte. Dies alleine aber reicht mit Blick auf die gegenteiligen ärztlichen Beurteilungen sowohl der behandelnden Ärzte als auch der Kreisärztin Dr. D. ____ nicht aus, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Fehlen jeglicher kausaler Ursachen bereits per Mitte November 2016 auszugehen. Ob die Prothesendislokation eine Folge unfallbedingter Instabilität ist (Bericht der G. ____ vom 9. Juli 2018, Suva Dok 18, ad Beurteilung), wie dies der behandelnde Operateur beschreibt (Suva Dok 110), oder ob diese eine Folge einer

vorbestehenden, sich degenerativ über Jahre oder gar Jahrzehnte entwickelnden Talusnekrose darstellt (Suva Dok 116), bleibt letztlich offen.

5.3.3 Bei dieser Aktenlage kann nicht gesagt werden, die in der kreisärztlichen Beurteilung vom 11. Juni 2019 vertretene Auffassung des Fehlens jeglicher (teil-) unfallkausaler Ursachen per Mitte November 2016 würde den Anforderungen an eine zweifelsfreie Feststellung medizinischer Verhältnisse standhalten, wie es für versicherungsinterne Einschätzungen rechtsprechungsgemäss erforderlich ist. Eine für diese oder jene Genese sprechende, überwiegende Wahrscheinlichkeit der ursprünglich erhobenen Befunde kann jedenfalls keine ausgemacht werden. Daran kann auch die erneute Beurteilung des Kreisarztes vom 20. September 2019 nichts ändern. Anders zu entscheiden würde bedeuten, eine einzelfallbezogene Abklärung der medizinischen Verhältnisse gestützt auf medizinische Erfahrungswerte ihres Gehalts zu entleeren. Dies aber widerspräche letztlich sowohl Art. 43 ATSG als auch dem in Art. 61 lit. c ATSG statuierten Prinzip der freien Beweiswürdigung. Es ist daran zu erinnern, dass die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung einmal anerkannter, unfallbedingter Ursachen bei der Beschwerdegegnerin liegt. Alleine schon mit Blick auf die divergierenden Aussagen der beiden beurteilenden Kreisärzte vermag die Beschwerdegegnerin in dieser Hinsicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass bereits ab Mitte November 2016 eine ausschliesslich noch unfallfremde vorbestehende Talusnekrose für das seither geklagte Beschwerdebild verantwortlich war. Ob es richtig gewesen ist, die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einzig gestützt auf die Akten, d.h. ohne eine persönliche Untersuchung des Versicherten, vornehmen zu lassen, braucht mithin nicht abschliessend beantwortet zu werden, da nach dem Gesagten so oder anders Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung vom 11. Juni 2019 bestehen. Ob sich der erlittene Unfall vom 16. September 2016 nicht doch zumindest als richtungsweisend ausgewirkt hat, und ob der Status quo sine tatsächlich bereits acht Wochen später wieder erreicht worden war, lässt sich damit jedenfalls nicht belegen.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Vollständigkeit und an der Schlüssigkeit der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts bestehen. Diese Zweifel stehen einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegen, weshalb nicht auf die versicherungsinternen Beurteilungen der Beschwerdegegnerin abgestellt werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat es bei dieser Sach- und Rechtslage unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben, und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 139 V 100 E. 1.1, BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat, und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer

Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird unter Berücksichtigung des genauen Unfallhergangs insbesondere auch den sich seither verwirklichten Beschwerdeverlauf abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Aktenergänzung wird sie in der Folge über die strittige Leistungseinstellung erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

7.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dazu gehören in erster Linie die Vertretungskosten. Dem Verfahrensausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer demnach eine Entschädigung für seine Vertretungskosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 18. Juni 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 17 $\frac{2}{3}$ Stunden geltend gemacht, wobei 16 Stunden und 10 Minuten auf die Bemühungen ihres Substituten entfallen. Dies ist umfangmässig in Anbetracht der Komplexität der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. Ihre eigenen Bemühungen im Umfang von 1 $\frac{1}{2}$ Stunden sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.— zu entschädigen, jene ihres Substituten rechnungsgemäss im Umfang von einer Stunde mit Fr. 100.— und im Umfang der verbleibenden 14 Stunden und 50 Minuten im Umfang von Fr. 90.—. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 42.—. Dem Beschwerdeführer ist deshalb insgesamt eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'048.30 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 17. Januar 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 2'048.30 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs