

200 21 383 UV
JAP/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Oktober 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. April 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG am 31. März 2016 beim Treppen hinuntersteigen stürzte und sich dabei einen Bruch am rechten Fussgelenk sowie einen Bänderriss am linken Fuss zuzog (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). Die Suva erbrachte im Zusammenhang mit diesem Ereignis die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern (vgl. AB 4, 6 ff., 107 ff.). Gestützt auf eine kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie (AB 142), stellte die Suva mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 11. September 2017 (AB 143) die Versicherungsleistungen gleichentags ein.

Nachdem die Dres. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 4. September 2019 explizit (vgl. AB 185) bzw. am 21. Oktober 2019 sinngemäss (vgl. AB 191) ein Wiedererwägungsgesuch gestellt hatten, anerkannte die Suva mit Schreiben vom 23. Dezember 2019 (AB 201) weiterhin ihre Leistungspflicht für die Knochenläsion am rechten Fussgelenk, nicht jedoch für die Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS). Am 29. April 2020 verfügte die Suva eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 15 % (AB 247). Diese Verfügung blieb unangefochten. Die Suva schloss den Fall sodann mit Verfügung vom 30. April 2020 (AB 249) gestützt auf eine Beurteilung von Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Februar 2020 (AB 227) sowie die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Chirurgie, vom 24. April (AB 241), 9. Juli 2020 (AB 259) und 19. April 2021 (AB 268) ab und stellte die vorübergehenden Leistungen auf denselben Zeitpunkt hin ein, da von weiteren Behandlungen anhand der medizinischen Unterlagen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Die dage-

gen erhobene Einsprache (AB 253, 257) wies die Suva mit Entscheid vom 21. April 2021 (AB 270) ab, wobei sie den Anfechtungsgegenstand ausdehnte und mangels noch bestehender unfallkausaler Arbeitsunfähigkeit auch einen Rentenanspruch verneinte.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 25. Mai 2021 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, betreffend den unfallbedingten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine medizinische Begutachtung anzuordnen.
2. Eventualiter ist betreffend den unfallbedingten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein medizinisches Gerichtsgutachten anzuordnen.

unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. August 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 21. April 2021 (AB 270). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf gesetzliche Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. März 2016 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 30. April 2020 einstellte und einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen verneinte.

Nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Anspruch auf Integritätsentschädigung, erwuchs doch die diesbezügliche Verfügung vom 29. April 2020 (AB 248) unangefochten in Rechtskraft.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen

sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Hier ist somit die bisherige Rechtslage massgebend, wobei sich diese intertemporalrechtliche Ausgangslage nicht entscheidungswesentlich auswirkt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen („*conditio sine qua non*“; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

Ob zwischen einem 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 Sozialversicherungs-

recht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 E. 5.2).

2.5 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1

S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 31. März 2016 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. So erbrachte die Beschwerdegegnerin denn auch die gesetzlichen Leistungen.

Wenngleich die Dres. med. D._____ und E._____ nach dem rechtskräftigen Fallabschluss im September 2017 (AB 143) für die Beschwerdeführerin explizit (vgl. AB 185) bzw. sinngemäss (vgl. AB 191) ein Wiedererwägungsgesuch gestellt hatten, hob die Beschwerdegegnerin die diesbezügliche Verfügung nicht wiedererwägungsweise auf, sondern anerkannte ihre weitere Leistungspflicht für die osteochondrale Tibia-Läsion medial am oberen Sprunggelenk (OSG) rechts offensichtlich unter dem Titel eines Rückfalls (AB 201 f.; vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. II Ziff. 3). Ob in Bezug auf die weitere Leistungspflicht die natürliche Unfallkausalität unter dem Aspekt eines Grundfalls (vgl. E. 2.3.1 hiervor) oder eines Rückfalls bzw. einer Spätfolge zu prüfen ist, kann offen bleiben, beschlägt dies doch einzig die Frage der objektiven Beweislastverteilung (vgl. E. 2.5 hiervor) im Falle einer vorliegend nicht gegebenen Beweislosigkeit.

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht des Spitals H._____, über die Hospitalisation vom 31. März bis 13. April 2016 (AB 18) wurden eine dislozierte laterale Malleolarfraktur Typ Weber B mit Syndesmosenruptur und dislozierter Volkmannfraktur am rechten OSG sowie eine Distorsion des linken OSG diagnostiziert. Als Therapiemassnahmen wurden am rechten OSG eine geschlossene Reposition, eine Gipsanlage sowie eine Röntgenkontrolle am 31. März 2016 und eine offene Reposition, eine laterale Plattenosteosynthese, eine Stellschraubenosteosynthese, eine dorsale Plattenosteosynthese am Volkmannsdreieck am 4. April 2016 und am linken OSG ein Salbenverband sowie ein Splint aufgeführt.

3.2.2 Im Bericht über die Sprechstunde vom 23. November 2016 (AB 61) hielt Dr. med. I._____, Oberarzt, fest, vier Wochen nach kompletter Osteosynthesematerialentfernung bestehe ein hartnäckiger Heilungsverlauf mit noch deutlicher Reizung des Sprunggelenkes und Unterschenkels.

3.2.3 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte anlässlich der rheumatologischen Verlaufskontrolle vom 8. Februar 2017 (AB 134) ein Fibromyalgie-Syndrom (DD Polyarthritits ANA und RF, CCP negativ, HLA-B27 negativ), eine Malleolar-

fraktur rechts (März 2016; Osteosynthese), eine lumbospondylogene, fraglich radikuläre Schmerzsymptomatik rechts (...), eine Enthesiopathie der Plantarfaszie rechts und eine Ganglionzyste am Talonavikulargelenk rechts. Hauptverantwortlich für die generalisierten und anhaltenden Schmerzen sei unverändert ein Fibromyalgiesyndrom. Als neues Problem sei die Malleolarfraktur rechts hinzugekommen, wobei die Beschwerdeführerin aktuell im Bereich dieser stattgehabten Fraktur anhaltend massiv akzentuierte Schmerzen habe. Bezüglich der Frakturheilung scheinere Verlauf adäquat zu sein. Auf dem mitgebrachten konventionellen Röntgenbild sehe er residuelle knöcherne Veränderungen mit leichter Osteopenie in den vormals frakturierten Knochen. Die Frakturen seien jedoch konsolidiert. Ein abortives, komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ I müsse zumindest differentialdiagnostisch erwogen werden. Das Vollbild mit entsprechender Störung der Sudmotorik und Behaarungsstörung liege jedoch mit Sicherheit nicht vor.

3.2.4 Im Bericht über die Sprechstunde vom 24. März 2017 (AB 131) führte Dr. med. I. _____ als Diagnose u.a. ein aktiviertes Fibromyalgie-Syndrom mit/bei: DD Polyarthritis ANA und RF, CCP neg. HLA-B27 neg. (...) auf. Es beständen weiterhin diffuse Beschwerden im Bereich des unteren Sprunggelenkes und der unteren Extremität. Aus orthopädischer Sicht sei die Malleolarluxationsfraktur adäquat therapiert und verheilt.

Derselbe Arzt hielt im Sprechstundenbericht vom 21. Juli 2017 (AB 129) fest, aus orthopädischer Sicht werde kein Korrelat für die geschilderten diffusen Beschwerden gesehen.

3.2.5 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. C. _____ diagnostizierte in der Beurteilung vom 4. September 2017 (AB 142) eine persistierende Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten OSG, jedoch auch ubiquitär am rechten Bein sowie einen Status nach Sprunggelenksfraktur Typ Weber C und Abriss des Volkmannschen Dreiecks anlässlich des Unfalls vom 31. März 2016 und operativer Plattenosteosynthese sowie Syndesmosenrekonstruktion und Stellschraubeneinlage, im weiteren Verlauf Entfernung des Osteosynthesematerials und Zeichen der vollständigen knöchernen Durchbauung der Fraktur sowie einer stabilen Situation im Bereich des Syndesmosenbandes. Die bereits vorbestehende Plantarfasziitis sei nach

Mobilisation wieder in den Vordergrund getreten. Diesbezüglich sei auf die Untersuchung aus dem Jahre 2014 verwiesen, als die bereits floride Plantarfasziitis beschrieben worden sei. Bei der ausführlich durchgeführten postoperativen Diagnostik habe kernspintomografisch eine komplette Konsolidierung der ligamentären Strukturen im Bereich des OSG nachgewiesen werden können. Die Ursache der Schmerzsymptomatik sei bildtechnisch nicht nachvollziehbar. Die Folgen der Frakturen vom 31. März 2016 seien verheilt. Hier sei ein Endzustand erreicht. Eine weitere Behandlung sei nicht erforderlich. Die Möglichkeit der Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose sei gegeben, jedoch ergäben sich aus den Röntgenbildern keine Hinweise auf eine unmittelbar posttraumatisch entstandene Arthrose im Bereich des Sprunggelenks. Die Beschwerden im rechten Fuss seien zu einem geringen Anteil auch noch durch die Folgen des Unfalls vom 31. März 2016 erklärbar, hier sei eine Teilkausalität vorhanden. Das Fibromyalgiesyndrom sei bereits vor dem Unfallereignis nachgewiesen worden. Es gebe keinen Hinweis auf eine Aktivierung des Fibromyalgiesyndroms durch eine Fraktur im Bereich des Sprunggelenkes. Diesbezüglich sei festzuhalten, dass es sich bei der Fibromyalgie um eine Erkrankung des rheumatischen Formenkreises handle, die bereits im Vorfeld diagnostiziert worden sei. Eine unfallbedingte Behandlung sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr erforderlich. Die Behandlung der Erkrankung des rheumatischen Formenkreises sei unfallunabhängig und solle konsequent fortgeführt werden (S. 3 f.).

3.2.6 Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht über die Konsultation vom 21. November 2017 (AB 195) als Diagnosen anhaltende Schmerzen nach Fraktur des OSG rechts und operativer Versorgung (April 2016; DD: komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ I: Trauma ohne Nervenverletzung [...]) und eine rezidivierende depressive Störung mit möglicher Aggravation körperlicher Beschwerden auf (S. 1). In der neurologischen Untersuchung habe sich bei Schmerzhemmung eine leichte Schwäche für die Fusshebung und Fussenkung rechts sowie ein von der Beschwerdeführerin hypästhetisch angegebenes Areal im gesamten Fuss, keiner abgrenzbaren neuroanatomischen Struktur entsprechend, gezeigt. Die vorbeschriebenen Parästhesien durch Beklopfen des Malleolus medialis liessen sich heute ebenfalls auslösen. In der elektroneurogra-

phischen Untersuchung habe sich jedoch ein unauffälliger Befund im N. tibialis rechts, auch im Seitenvergleich, gezeigt. Der elektroneurographische Befund im N. peroneus rechts sei ebenso unauffällig. Im Sudoscan sei bei normaler sudmotorischer Funktion an den Füßen zudem eine normale Funktion der autonomen Fasern des N. tibialis rechts anzunehmen. Eventuell könne es sich bei den Beschwerden der Beschwerdeführerin auch um ein komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ I (ohne Nervenschädigung) handeln (S. 2).

3.2.7 Die Dres. med. L. _____ und E. _____, Fachärztin resp. Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierten im Bericht vom 16. Juli 2019 (AB 181) eine Osteochondrosis dissecans (OCD) an der posteromedialen tibialen Gelenkfläche des rechten OSG.

3.2.8 Im Bericht vom 21. Oktober 2019 (AB 191) diagnostizierte Dr. med. E. _____ einen Status nach OSG-/Fusstrauma rechts (31. März 2016) mit/bei aktuell nachweisbarer posttraumatischer osteochondraler Tibialäsion medial OSG rechts (...), progredienter Beschwerdesymptomatik mit rheumatologischer Abklärung (Dg: Aktivierung Fibromyalgie-Syndrom/DD: CRPS Typ I), Verdacht auf CRPS Typ I (kein Nachweis N. tibialis-Läsion/N. peroneus) sowie chronischem Schmerzsyndrom OSG rechts (S. 1). Es sei einerseits durchaus von einer CRPS-Situation postoperativ auszugehen. Andererseits bestehe aber auch zusätzlich in der aktuellen SPECT-CT-Untersuchung vom 9. April 2019 eine osteochondrale Läsion der tibialen Gelenkfläche posteromedial, dies ebenfalls posttraumatisch bedingt mit auch einem freien Ossikel. Die zwischenzeitliche Infiltration mit Synovial bewirke keine Beschwerdeverbesserung bei kurzzeitig sogar zunehmender Schmerzsituation, ohne Hinweis auf eine Komplikation nach Infiltration. Es bestehe durchaus ein Kausalzusammenhang zwischen dem initialen Unfallereignis vom 31. März 2016 und der jetzigen komplexen Beschwerdeproblematik. Mögliche operative Massnahmen am OSG seien aktuell kritisch zu sehen (S. 2).

3.2.9 Dr. med. G. _____ führte in der Stellungnahme vom 27. November 2019 (AB 196) aus, ein CRPS werde differentialdiagnostisch von mehreren Untersuchern für möglich gehalten. Die Budapest-Kriterien seien je-

doch zu keinem Zeitpunkt erfüllt gewesen. Ebenso seien keine radiologischen Hinweise auf ein CRPS dokumentiert. Die inzwischen diagnostizierte OCD sowie die degenerativen Veränderungen im OSG könnten für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden und seien unfallbedingt.

3.2.10 Der durch die Beschwerdegegnerin beauftragte (vgl. AB 214) Prof. Dr. med. F. _____ diagnostizierte in der Beurteilung vom 20. Februar 2020 (AB 227) unspezifisch „neuropathische“ Schmerzen nach Mallleolarfraktur rechts am 31. März 2016 ([...]; S. 1). Objektiv bestehe vier Jahre nach dem Unfall und der operativen Versorgung ein exzellentes Resultat im rechten OSG. Die Schmerzen seien angesichts der bisherigen Untersuchungen als „neuropathisch anmutend“ ohne klinisches Korrelat zu deuten. Ein CRPS habe nie vorgelegen. Invasive Massnahmen am Sprunggelenk seien klar kontraindiziert wegen hohem Potential der Verschlechterung der Gesamtsituation (S. 2).

3.2.11 Dr. med. G. _____ führte in der kreisärztlichen Beurteilung vom 24. April 2020 (AB 241) aus, die Beschwerdepersistenz sei nach Beurteilung der Behandler sowie des Konsiliarius Prof. Dr. med. F. _____ nicht vollumfänglich durch organische Unfallfolgen erklärbar. Von weiteren Behandlungen könne mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Sowohl im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 21. Oktober 2019 (vgl. AB 191) als auch von Prof. Dr. med. F. _____ vom 20. Februar 2020 (AB 227) würden weitere operative Massnahmen aufgrund des hohen Potenzials der Verschlechterung der Gesamtsituation als sehr kritisch bzw. als klar kontraindiziert bewertet. An dieser Einschätzung hielt sie sowohl am 9. Juli 2020 (vgl. AB 259) als auch am 19. April 2021 (vgl. AB 268) fest.

3.3

3.3.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Ver-

waltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

Werden bei der Anordnung von im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte Beteiligungsrechte der versicherten Person (vgl. insbesondere BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258, 139 V 349 E. 5.4 S. 357) verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutachtung erforderlich (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid (AB 270) massgeblich auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. F._____ vom 20. Februar 2020 (AB 227) sowie die versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen der Dr. med. G._____ vom 24. April (AB 241), 9. Juli 2020 (AB 259) und 19. April 2021 (AB 268).

3.4.1 Die Beschwerdeführerin rügt zunächst, die Beschwerdegegnerin hätte durch die Vorgehensweise in Bezug auf die Einschätzung von Prof. Dr. med. F._____ vom 20. Februar 2020 (AB 227) ihr rechtliches Gehör verletzt, indem sie vorgängig nicht mit dem Fragenkatalog bedient worden sei und keine Ergänzungsfragen habe stellen können (Beschwerde S. 4

Ziff. III Art. 3). Zwar trifft zu, dass die Auftragsvergabe ohne Wahrung der Partizipationsrechte der Beschwerdeführerin erfolgte (vgl. hierzu BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). Allerdings handelt es sich bei der Beurteilung von Prof. Dr. med. F. _____ nicht um ein i.S.v. Art. 44 ATSG eingeholtes Sachverständigengutachten (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III Ziff. 7.1), weshalb der entsprechende Bericht – ebenso wie die verwaltungsinternen Beurteilungen der Dr. med. G. _____ – nicht vom erhöhten Beweiswert einer verwaltungsunabhängigen Administrativexpertise profitiert (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Was die Frage der Objektivität der beiden Suva-Kreisärzte Dres. med. G. _____ und C. _____ betrifft (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 6), ist Befangenheit bei Sachverständigen anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2020 UV Nr. 10 S. 36 E. 5.2; 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1). Solche Gründe sind vorliegend indes nicht ersichtlich. Überdies stützt sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auch auf die Einschätzung von Prof. Dr. med. F. _____ und nicht einzig auf die Beurteilungen der Suva-Kreisärztin Dr. med. G. _____.

Damit bestehen in formeller Hinsicht keine Gründe, nicht auf die Einschätzungen von Prof. Dr. med. F. _____ und Dr. med. G. _____ abzustellen.

3.4.2 Sowohl Prof. Dr. med. F. _____ als auch Dr. med. G. _____ trafen ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die medizinischen Vorakten, wobei sie insbesondere auch die bildgebenden Untersuchungen berücksichtigten. Prof. Dr. med. F. _____ untersuchte die Beschwerdeführerin denn auch persönlich, was nicht zwingend war, können doch auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Die Beurteilung von Prof. Dr. med. F. _____ wie auch die der Dr. med. G. _____ erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis, weshalb sich weitere Sachverhaltserhebungen, insbesondere in Form des eventualiter beantrag-

ten Gerichtsgutachtens (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 2), in antizipierter Beweiswürdigung erübrigen (vgl. hierzu BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4), und auf die Beurteilungen abzustellen ist.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin liegen keine divergierenden Berichte vor (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 7), die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an den Schlussfolgerungen von Prof. Dr. med. F. _____ und Dr. med. G. _____ zu begründen. Zwar manifestierten sich gemäss den Sprechstundenberichten von Dr. med. I. _____ innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach der letzten unfallbedingten Operation (Osteosynthesematerialentfernung am OSG rechts vom 18. Oktober 2016 [AB 56]) akzentuierte Schmerzen im Bereich der stattgehabten Fraktur (vgl. AB 61, 79 f., 89), womit eine natürliche Unfallkausalität eines CRPS rechtsprechungsgemäss nicht von vornherein ausgeschlossen wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 2. September 2020, 8C_308/2020, E. 3.2 m.H.), indes waren die Diagnosekriterien (Budapest-Kriterien) nicht erfüllt und radiologisch keine Hinweise auf ein CRPS dokumentiert (vgl. AB 196). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin bejahten denn auch die involvierten Fachärzte eine CRPS nicht ohne weiteres (Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3). So hielt etwa Dr. med. J. _____ lediglich fest, differentialdiagnostisch sei ein CRPS grundsätzlich in Betracht zu ziehen, allerdings liege das entsprechende Vollbild mit Sicherheit nicht vor (AB 134). Überdies äusserten auch die Dres. med. E. _____ (vgl. AB 191) und K. _____ (vgl. AB 195) einzig differenzialdiagnostisch einen Verdacht auf ein CRPS, ohne dies jedoch näher zu begründen.

Ob die teilweise auch ubiquitär geklagten Schmerzen ferner im Rahmen einer Fibromyalgie zu interpretieren sind (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 6), kann letztlich offenbleiben. Denn die adäquate Kausalität ist in Bezug auf allfällige organisch nicht ausgewiesene Gesundheitsschäden bei leichten Unfällen wie vorliegend einem gewöhnlichen Sturz in der Regel ohne weiteres zu verneinen (vgl. BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139), womit die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsäch-

lich besteht, nicht geprüft werden muss (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2019 UV Nr. 41 S. 157 E. 7.3).

Schliesslich war auch der medizinische Endzustand i.S.v. Art. 19 Abs. 1 UVG im Zeitpunkt des Fallabschlusses klarerweise eingetreten (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 7), weshalb die vorübergehenden Leistungen (Taggelder und Heilbehandlung) zu terminieren waren (vgl. E. 2.4 hiervor). Weil objektiv nach den diversen operativen Eingriffen (AB 17, 23, 56, 64) einerseits nach Einschätzung der behandelnden Ärzte der Behandlungsverlauf adäquat war (vgl. hierzu AB 129, 131, 134) und insbesondere auch gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung von Prof. Dr. med. F. _____ ein exzellentes Resultat im rechten OSG vorlag und andererseits für die geklagten Beschwerden ein klinisches Korrelat fehlt (vgl. AB 227 S. 2), bestehen überdies von vornherein keine unfallkausalen funktionellen Einschränkungen, die in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu AB 268) bzw. einen Rentenanspruch zu begründen vermögen, setzt letzterer doch einen Invaliditätsgrad von mindestens 10 % voraus (Art. 18 Abs.1 UVG). Insoweit die Beschwerdeführerin diesbezüglich vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe mit Zusprache der Integritätsentschädigung (AB 247) einen Dauerschaden anerkannt (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 7), lässt sie ausser Acht, dass eine Integritätsentschädigung i.S.v. Art. 36 Abs. 1 UVV unabhängig von der Erwerbsfähigkeit zu beurteilen ist.

3.4.3 Nach dem Dargelegten stellte die Beschwerdegegnerin die Leistung per 30. April 2020 folglich zu Recht ein. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. April 2021 (AB 270) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

Abschliessend ist festzustellen, dass das Dokument AB 85 nicht die Beschwerdeführerin betrifft.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.