

200 21 839 UV
JAP/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. März 2022

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schwitter

Visana Versicherungen AG
Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____

Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2021 (...)



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beigeladene) war über ihre beiden Arbeitgeberinnen, die C. _____ und die D. _____, bei der Schweizerischen Versicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) und der Visana Versicherungen AG (Visana bzw. Beschwerdeführerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG am 21. (recte: 28. [vgl. hierzu E. 3.1.1 nachfolgend]) Juni 2014 beim ... mit dem linken Fuss einknickte (Akten der Suva [act. II, IIA, IIB] act. II 1). Da die Versicherte vor diesem Ereignis zuletzt für die C. _____ tätig war, anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern (vgl. act. II 9 f.). Nachdem die Behandlung abgeschlossen worden war und die Versicherte ihre Arbeitstätigkeit per 8. September 2014 wieder aufgenommen hatte (vgl. act. II 24, 26), wurde der Suva am 12. Dezember 2014 ein Rückfall gemeldet (act. II 32), woraufhin sie weiterhin Leistungen erbrachte (act. II 41). Nach mehreren kreisärztlichen Untersuchungen vom 24. Februar 2016 (act. II 118), 30. August 2017 (act. II 209) sowie 26. November 2018 (act. IIA 327 bzw. 339) schloss die Suva den Fall per 31. Januar 2019 ab (act. IIA 358) und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 26. April 2019 (act. IIA 401) bei einem Invaliditätsgrad von 43 % ab dem 1. Februar 2019 eine Rente zu. Gleichentags informierte die Suva die Visana darüber, dass sie ihr den sie betreffenden Anteil im Rahmen von Art. 99 Abs. 2 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Rechnung stellen werde, sobald die Verfügung in Rechtskraft erwachsen sei (act. IIA 403). Nachdem die Visana Einsprache gegen die Verfügung vom 26. April 2019 (act. IIA 401) erhoben hatte (act. IIA 411, 418), veranlasste die Suva eine polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS E. _____ (MEDAS; Expertise vom 15. September 2020 [act. IIA 487], Stellungnahme vom 18. Mai 2021 [act. IIB 523]). Gestützt auf das MEDAS-Gutachten sprach die Suva der Versicherten mit Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2021 (act. IIB 539) in Abänderung der Verfügung vom 26. April 2019 (act. IIA 401) bei einem Invaliditätsgrad von 33 % eine Rente zu.

B.

Hiergegen erhob die Visana mit Eingabe vom 2. Dezember 2021 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Beschwerde vom 2. Dezember 2021 sei gutzuheissen.
2. Eventualiter sei die Verfügung vom 26. April 2019 aufzuheben, das Gutachten vom 15. September 2020 aus dem Recht zu weisen und ein neues Gutachten in Auftrag zu geben.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Januar 2022 lud der Instruktionsrichter die Versicherte zum Verfahren bei und gewährte ihr Gelegenheit zur Einreichung einer Stellungnahme.

Mit Eingabe vom 3. Februar 2022 beantragte die Beigeladene, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, die 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.

Bei einem Nichtberufsunfall einer versicherten Person mit mehreren Arbeitgebern wird mit dem Entscheid des verfügenden ersten Versicherers zu-

gleich der Umfang der Leistungspflicht des zweiten Versicherers festgelegt, ohne dass dieser darauf Einfluss nehmen könnte. Der zweite Versicherer wird durch die Verfügung so erheblich belastet, dass er in der für die Rechtsmittellegitimation geforderten Weise davon berührt ist. Die Verfügung ist ihm daher zu eröffnen und er kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen, wie die versicherte Person (BGE 144 V 29 E. 4.2 S. 32). 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 29. Oktober 2021 (act. IIB 539). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beigeladenen auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Juni 2014.

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 UVV 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). Diese intertemporalrechtliche Ausgangslage wirkt sich hier indes nicht entscheidungswesentlich aus.

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 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.3.1 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, 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 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

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 Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

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 (IV) 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. 40 S. 163 E. 2.3).

2.5 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Be-

handlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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 (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).

2.7 Gemäss Art. 99 Abs. 2 UVV ist bei Nichtberufsunfällen der Versicherer desjenigen Arbeitgebers leistungspflichtig, bei dem die versicherte Person vor dem Unfall zuletzt tätig und für Nichtberufsunfälle versichert war. Die anderen Versicherer, bei denen Nichtberufsunfälle ebenfalls gedeckt sind, müssen dem leistungspflichtigen Versicherer einen Anteil an einer allfälligen Rente, Integritätsentschädigung oder Hilflosenentschädigung auf dessen Begehren hin zurückerstatten. Der Anteil richtet sich nach dem Verhältnis des bei ihnen versicherten Verdienstes zum gesamten versicherten Verdienst.

3.

3.1

3.1.1 Initial werden betreffend das Ereignis, anlässlich dessen die Beigeladene beim ... mit dem Fuss einknickte, drei verschiedene Daten genannt (vgl. act. II 1 [21. Juni 2014], 6 [28. Juni 2014], 25 S. 1 [29. Juni 2014], 87 [28. Juni 2014]). Gestützt auf das Arztzeugnis UVG vom 14. Juli 2014 (act. II 7), gemäss welchem die Erstbehandlung am 29. Juni 2014 stattgefunden habe und betreffend Unfallhergang ausgeführt wurde, die Beigeladene sei am Vortag beim ... umgeknickt, und die infolge entsprechend ab 29. Juni 2014 attestierte Arbeitsunfähigkeit (act. II 5), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich das vorliegend massgebende Ereignis am 28. Juni 2014 ereignete. Dies deckt sich überdies mit dem von der Beigeladenen im Fragebogen der Beschwerdegegnerin angegebenen Datum (vgl. act. II 6). Das Ereignisdatum ist zwischen den Parteien denn auch unbestritten.

3.1.2 Aufgrund der Akten erstellt und nicht streitig ist, dass das Ereignis vom 28. Juni 2014 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervoor) erfüllt. Da die Beigeladene vor dem Unfall zuletzt für die C. _____ tätig und dadurch bei der Beschwerdegegnerin unfallversichert war (vgl. act. II 1), traf diese i.S.v. Art. 99 Abs. 2 UVV die gesetzliche Leistungspflicht in Form von Heilbehandlung und Taggeldern (vgl. E. 2.6 hiervoor). Sie erbrachte denn auch entsprechende Leistungen (vgl. act. II 9 f.). Unbestritten ist weiter der Fallabschluss per 31. Januar 2019 (act. IIA 358) und dass die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 99 Abs. 2 UVV grundsätzlich einen Anteil an einer allfälligen Rente zu erstatten hätte (Beschwerde S. 15 Ziff. III lit. B Ziff. 1; vgl. E. 2.6 hiervoor).

Umstritten ist hingegen, ob die noch beklagten Beschwerden am linken Fuss in einem anspruchsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 28. Juni 2014 stehen und die Beigeladene folge dessen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3.2

3.2.1 Im MEDAS-Gutachten vom 15. September 2020 (act. IIA 487) führten die Gutachter in der Konklusion (S. 8 Ziff. 4.1 ff.) folgende unfallkausale Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Status nach Supinationstrauma am 28. Juni 2014;

- Ruptur des Lig. fibulo-talare ant. und des Lig. fibulo-calca. links;
- Bone bruise am Talus und kleiner ossärer Ausriss am Processus anterior calcanei;
- konservative Behandlung;

in der Folge

- Status nach CRPS Typ I linker Fuss (ICD-10 G90.51);

aktuell

- klinisch neurologische Zeichen peripherer und zentraler Schmerzsensitivierung;
- Tendinitis der Sehnen des M. tibialis post. und der Mm. peronei links.

Als unfallkausale Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie anamnestisch einen Status nach Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion 2017 (ICD-10 F 43.2) auf. Unfallfremd diagnostizierten sie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Morton Neurom Interdigitalraum III links (ICD-10 G57.6; S. 9 Ziff. 4.2).

Im orthopädischen Teilgutachten (act. IIA 487 S. 32 ff.) wurde ausgeführt, im November 2014 sei von Dr. med. F. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstmals der Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) geäussert worden. Sie habe typische Symptome wie Hitzegefühl, Temperaturunterschied, livide Verfärbung des Fusses festgestellt. Das MRI habe ein Knochenmarködem gezeigt. Die Diagnose sei in der Folge von mehreren Ärzten bestätigt worden. Es sei nicht dokumentiert, wann die Symptomatik angefangen habe, aber die Beigeladene habe nach dem Unfall nach einer temporären Besserung nach Ruhigstellung anschliessend kontinuierlich zunehmende Schmerzen gehabt. Das Intervall zwischen Unfall und Beginn der Symptome dürfe also zwei bis drei Monate betragen haben. Im Dezember 2015 habe man in der rheumatologischen Abteilung des Spitals G. _____ allerdings beobachtet, dass gewisse typische Symptome gefehlt hätten. Dennoch sei nicht zu bezweifeln, dass die

Beigeladene diese Krankheit durchgemacht habe, wobei sich bis im November 2016 die Symptome weitgehend zurückgebildet hätten. Es bestehe kein begründeter Zweifel, dass das Auftreten des CRPS unfallkausal sei. Die Diagnose sei fünf Monate nach dem Unfall gestellt worden mit einer Anamnese von mindestens zwei Monaten zunehmender Schmerzen, was einem typischen Intervall entspreche. Auch wenn die Beigeladene vorher kurzzeitig wieder zu 100 % gearbeitet habe, sei sie während dieser Zeit nie beschwerdefrei gewesen, die Beschwerden hätten im Gegenteil stetig zugenommen (S. 39 f. Ziff. 7.1). Es sei eindeutig, dass die Beigeladene am linken Fuss ein CRPS durchgemacht habe, es bestünden jedoch objektiv kaum Residuen davon, bis auf eine Überlastungsproblematik der Sehnen. Die geklagten Schmerzen seien isoliert orthopädisch-strukturell nicht ganz in diesem Mass begründbar, jedoch unter Berücksichtigung der neurologisch diagnostizierten Hyperalgesie/Schmerzsensitivierung plausibel (S. 40 Zif. 7.5). Wegen der Überlastungsproblematik der Sehnen des M. tibialis post. und der Mm. peronei links bestünden persistierende Schmerzen im linken Fuss, weshalb die Steh- und Gehfähigkeit eingeschränkt sei (Ziff. 7.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIA 487 S. 44 ff.) wurde ausgeführt, die Beigeladene sei psychopathologisch unauffällig. Es fänden sich keine Hinweise für eine depressive Symptomatik und für eine Auffälligkeit der Persönlichkeitsachse. Es persistiere eine leichte Verminderung der Schlafdauer, die sich mit den Schmerzen erkläre. Die Beigeladene sei ein Jahr in psychologischer Behandlung gewesen, wo eine leichte Anpassungsstörung (ICD-10 F43.20) diagnostiziert worden sei. Die Behandlung sei nach einem besseren Umgang mit den Schmerzen Ende 2018 beendet worden (S. 52 Ziff. 7.1). Es habe zu keinem Zeitpunkt eine psychische Störung vorgelegen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt habe (S. 53 Ziff. 8.4).

Im neurologischen Teilgutachten (act. IIA 487 S. 55 ff.) wurde ausgeführt, innerhalb der ersten sechs bis acht Wochen seien sowohl die anamnestischen als auch die erforderlichen Untersuchungskriterien für die Bestätigung der CRPS-Diagnose erfüllt gewesen. Somit könne retrospektiv betrachtet in den ersten sechs bis acht Wochen nach stattgehabtem

Trauma ein CRPS Typ I bestätigt werden (S. 66 Ziff. 7.1). Zum Zeitpunkt der Konsultation bei Dr. med. F. _____ seien die CRPS-Kriterien vollumfänglich erfüllt gewesen (anhaltend überproportional starker Schmerz, 3/4 anamnestische Kategorien und 2/4 Untersuchungskategorien erfüllt, keine anderweitige Erklärung, die das Vollbild vollumfänglich alternativ erklären könnten). Es habe sich im weiteren Verlauf des Jahres 2015 eine Besserungstendenz des CRPS bei jedoch weiterhin persistierenden Schmerzen gezeigt (S. 67). Ab Dezember 2015 scheine sich eine Dynamik im Verlauf dahingehend entwickelt zu haben, als dass die CRPS-assoziierten Beschwerden zunehmend in den Hintergrund gerückt seien, dafür aber etwas mehr die nozizeptive Schmerzkomponente in den Vordergrund getreten sei. Erstmals seien im Bericht der Rheumatologie des Spitals G. _____ vom 29. Dezember 2015 die IASP-Diagnosekriterien (International Association for the Study of Pain) für ein CRPS als nicht mehr erfüllt erachtet worden (vgl. hierzu act. II 109; S. 70). Neurologischerseits bestünden angesichts der Beschwerden vielmehr Hinweise dafür, dass sich bei der Beigeladenen zunehmend eine zentrale Schmerzsensitivierung auf dem Boden des CRPS eingestellt habe, was insbesondere die Allodynie im Bereich des Fusses erkläre. Betrachte man die IASP-Diagnosekriterien für ein CRPS, seien die anamnestischen Kriterien nicht mehr erfüllt, da die beschriebene Hyperalgesie mit der zentralen Schmerzsensitivierung erklärt werden könne. Auch die Untersuchungskriterien seien aktuell nicht mehr erfüllt (S. 72). Ein Teil der Beschwerden bei lokalem Schmerztriggerpunkt mit messerstichartigen Schmerzempfindungen in der Mitte des Fussballens links könne auch durch das MR-tomographisch festgestellte Morton-Neurom im Intermetatarsalraum III erklärt werden. Während das Morton-Neurom überwiegend wahrscheinlich unfallfremder Genese sei, seien das CRPS Typ I (zumindest so lange die Diagnosekriterien erfüllt gewesen seien), die residuellen orthopädischen Beschwerden sowie die zentrale Schmerzsensitivierung jedoch überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Insbesondere habe sich die Schmerzsensitivierung nur ausbilden können, da vorgängig ein CRPS Typ I bestanden habe und auch chronisch-nozizeptive Schmerzen vorhanden gewesen seien, die eine entsprechende Zentralisierung des Schmerzes auslösen könnten. Darüber hinaus hätten sich in der Klammer-Algometrie keine Hinweise für eine

Schmerzerkrankung aus dem somatoformen Störungskreis gefunden (S. 73).

In der Konklusion (act. IIA 487 S. 8 ff. Ziff. 4) hielten die Gutachter fest, es sei von einem Endzustand auszugehen. Aus neurologischer Sicht seien die wichtigsten schmerzmodulierenden und schmerzreduzierenden Massnahmen ergriffen worden, die auch teilweise zur Besserung der Beschwerden und zu einer Desensibilisierung beigetragen hätten. Restbeschwerden seien jedoch im Sinne eines Mischbildes aus orthopädischen und neurologischen Diagnosen weiterhin ausgewiesen (S. 11 Ziff. 5 lit. a). Wegen der Überlastungsproblematik bestünden persistierende Schmerzen im linken Fuss, weshalb die Steh- und Gehfähigkeit eingeschränkt sei. Auch das Treppensteigen sei limitiert und solle drei Stockwerke auf einmal nicht übersteigen. Das Arbeiten in Zwangshaltungen sei nur kurzfristig möglich, solle aber nicht dauerhaft sein. Es sollten keine überwiegend im Stehen oder im Gehen auszuführenden Tätigkeiten vollschichtig zugemutet werden, da eine Schmerztriggerung mit Schmerzexazerbationen ausgelöst werde. Die oberen Extremitäten seien nicht eingeschränkt, entsprechend seien Überkopfarbeiten problemlos möglich, auch die kräftige Anwendung beider Hände resp. Arme sei uneingeschränkt möglich. In der angestammten Tätigkeit könnten zwar grundsätzlich alle Arbeiten verrichtet werden, aber nur in zeitlich stark eingeschränktem Umfang. Die Tätigkeit sei als nicht ideal angepasst anzusehen und die Vorbeurteilung einer darin nur noch 40%igen Arbeitsfähigkeit zu stützen. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei eine 60%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 11 Ziff. 6). Der Einschätzung von Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV (vgl. hierzu act. IIA 346 S. 4 f.), sei weiterhin zuzustimmen. Das Profil von Dr. med. H. _____ laute wie folgt: Die Beigeladene sei aus medizinischer Sicht in der Lage, trotz ihrer fortbestehenden Behinderungen, in einer angepassten Tätigkeit ein arbeitstägliches Pensum von sechs Stunden an fünf Tagen der Woche zu leisten (entsprechend einem Pensum von 70 %). Dabei sei eine zusätzliche Leistungsminderung von 25 % zuzumessen. Diese sei bedingt durch den Bedarf an langdauernden zusätzlichen Pausen (von mindestens 30, optimal 60

Minuten), in den Arbeitstag integriert, in denen die Versicherte durch geeignete Massnahmen den schmerzhaften linken Fuss entlasten könne. Die Summe dieser Zusatzpausen werde auf zwei Stunden pro Tag veranschlagt. Dieser Einschätzung sei weiterhin zuzustimmen. Seit dem Berentungszeitpunkt könne von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden, zumal das CRPS mittlerweile abgeklungen sei und nur noch eine Überlastungsproblematik am Fuss sowie eine Hyperalgesie und eine Tendinitis vorhanden seien (S. 12 Ziff. 7 lit. a). Die Einschränkungen seien organisch (orthopädisch/neurologisch) erklärbar (lit. b).

3.2.2 Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt als beratender Arzt der Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 20. Oktober 2020 zum Gutachten (act. IIB 503 S. 7) zusammenfassend fest, dieses vermöge in seinem orthopädischen und neurologischen Teil zwar auf Ebene von Anamnese und Erhebung der Befunde zu überzeugen, wohingegen deren Interpretation – vor allem im neurologischen Teil – nicht ohne weiteres nachvollziehbar sei. Dabei werde insbesondere dem Vorliegen von möglichen nichtorganischen Faktoren keine ausreichende Bedeutung beigemessen, obwohl die Ergebnisse der Klammer-Algometrie am Ohrläppchen eindeutig in diese Richtung zeigten. Bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit sei nicht erkennbar, dass die MEDAS-Gutachter eine eigenständige Beurteilung in einer optimal adaptierten Tätigkeit vorgenommen hätten. Vielmehr hätten sie sich auf eine schon vorgängig zuhanden der IV gemachte Einschätzung von Dr. med. H. _____ gestützt. Diese basiere aber überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Ergebnissen einer eigenen Untersuchung. In Bezug auf die Frage nach einem CRPS gelinge es den MEDAS-Gutachtern anhand der zur Verfügung stehenden zeitnahen Dokumente – die diesbezüglich die einzige heute noch verwertbare Aussagekraft hätten – in keiner Weise, durch objektive Befunde zu belegen, dass ein solches schon innert sechs bis acht Wochen nach dem Ereignis vom 28. Juni 2014 vorgelegen haben könnte. Vielmehr bleibe es dabei, dass diese Diagnose erstmals mit einer Latenz von fast fünf Monaten nach dem erlittenen Unfall von Dr. med. F. _____ in Betracht gezogen worden sei. Allein der Umstand, dass die Beigeladene

gut zwei Monate nach dem Ereignis ihre angestammte Tätigkeit im ... wieder in vollem Umfang aufgenommen habe, mache es höchst unwahrscheinlich, dass sie zu diesem Zeitpunkt bereits an einem CRPS des linken Fusses gelitten haben könne (S. 12).

3.2.3 In der Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 18. Mai 2021 (act. IIB 523) führten diese aus, es müsse davon ausgegangen werden, dass Dr. med. I. _____ zu einer anderen Schlussfolgerung gelangt sei bezüglich der Frage, ob ein CRPS vorgelegen haben könne oder nicht. Aber unabhängig davon, ob man ein solches CRPS in der Vergangenheit postuliere oder nicht, verbleibe aktuell ein klarer orthopädisch-neurologischer Befund einer residuellen und klar unfallkausalen Schädigung im Sinne einer peripheren und zentralen Schmerzsensitivierung sowie einer Tendinitis der Sehne des M. tibialis post. und der Mm. peronei links. Dieser Befund führe zu einer Funktionseinschränkung. Das Morton Neurom im Interdigitalraum III links mit lokalisierten, messerstichartigen Schmerzempfindungen durch Druck auf den medialen Fussballen wirke zwar an der Minderbelastbarkeit des Fusses mit, sei jedoch in der Auswirkung und klinischen Manifestation gut abgrenzbar. Während das hohe Schmerzniveau durch die periphere und zentrale Schmerzsensitivierung zu einem Dauerschmerz und damit auch zu einer Beeinträchtigung z.B. einer rein sitzenden Tätigkeit führe, manifestiere sich das Morton Neurom primär beim direkten Druck (Stehen, Gehen). Insofern werde keine Grundlage gesehen, die Schlussfolgerungen des Gutachtens vom 15. September 2020 zu ändern.

3.3 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).

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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 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 Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2021 (act. IIB 539) basiert in medizinischer Hinsicht auf dem MEDAS-Gutachten vom 15. September 2020 (act. IIA 487) und der Stellungnahme vom 18. Mai 2021 (act. IIB 523).

3.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass sich der an die Beschwerdegegnerin gerichtete Vorwurf der Verletzung der Untersuchungsmaxime, indem sie mit der Anordnung der Begutachtung unnötige Abklärungen veranlasst habe (Beschwerde S. 21 Ziff. III lit. B Ziff. 11) und nur ein Aktengutachten

zulässig gewesen wäre (Beschwerde S. 23 Ziff. III lit. B Ziff. 15), als haltlos erweist. Denn praxisgemäss sind solche Einwendungen gestützt auf Treu und Glauben möglichst bald nach Kenntnisnahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 138 V 271 E. 1.1 S. 275). Nachdem die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 12. September 2019 (act. IIA 431) über die vorgesehene polydisziplinäre Begutachtung unter Bekanntgabe der Fachdisziplinen, Gutachter und Gutachterfragen in Kenntnis gesetzt hatte, beantragte diese zwar mit Schreiben vom 2. Oktober 2019 (act. IIA 439) die Erstellung eines Aktengutachtens, erklärte sich allerdings ebenso ausdrücklich mit einer persönlichen Begutachtung der Beigeladenen einverstanden. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2019 (act. IIA 444) hielt die Beschwerdegegnerin an der in Aussicht gestellten Begutachtung fest und gewährte der Beschwerdeführerin abermals das rechtliche Gehör, woraufhin diese sich nicht vernehmen liess. Schliesslich erwuchs auch die infolge der opponierenden Beigeladenen (vgl. hierzu act. IIA 438, 447) erlassene Zwischenverfügung vom 28. November 2019 (act. IIA 449) unangetroffen in Rechtskraft. Damit liess sich die Beschwerdeführerin auf das Verfahren ein, womit der Anspruch auf Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (unnötige sog. „second opinion“) verwirkt ist (vgl. hierzu auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Februar 2021, 9C_344/2020, E. 4.3.2). Im Übrigen war eine verwaltungsexterne Begutachtung auch mit Blick auf die in der Unfallversicherung wesentliche Thematik der Revision bei einer Veränderung durchaus angezeigt (vgl. hierzu BGE 145 V 141 E. 7.3.1 S. 148, 140 V 85 E. 4.3 S. 87; SVR 2018 UV Nr. 37 S. 133 E. 4.3).

3.4.2 Das MEDAS-Gutachten samt Stellungnahme erfüllt denn auch die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an Expertisen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Die Gutachter haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten – insbesondere auch der echtzeitlichen Arztberichte – sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf eigene Untersuchungen in den Fachrichtungen Psychiatrie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Neurologie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge

sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und insbesondere zur vorliegend im Vordergrund stehenden Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 28. Juni 2014 und den noch beklagten Beschwerden nachvollziehbar begründet.

So zeigte im Speziellen die neurologische Gutachterin unter Berücksichtigung eigenanamnestischer Angaben der Beigeladenen, aber insbesondere auch in Würdigung des Arztzeugnisses UVG des Spitals J. _____ vom 14. Juli 2014 (act. II 7) sowie der Zwischenberichte von Dr. med. K. _____ vom 4. August (act. II 15) und vom 1. September 2014 (act. II 19) – und damit mittels rechtzeitig erhobenen medizinischen Befunden (vgl. statt vieler Entscheide des BGer vom 22. Juni 2016, 8C_177/2016, E. 4.3, und vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 4.1.2; vgl. Beschwerde S. 16 f Ziff. III lit. B Ziff. 4 ff.) – für den Rechtsanwender anhand der geltenden Budapest-Kriterien nach HARDEN et al. 2007 resp. den nach den aktuellen und darauf basierenden IASP-Kriterien ausführlich und einleuchtend auf, weshalb innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall sowohl die anamnestischen als auch die erforderlichen Untersuchungskriterien für die Bestätigung der CRPS-Diagnose erfüllt waren. Dabei legte sie – entgegen der Ansicht von Dr. med. I. _____ (act. IIB 492 S. 4 ff., 496 S. 16 ff.; act. I 360-363) – sorgfältig und schlüssig dar, welche Kriterien sie gestützt auf welche Befunde als erfüllt bzw. als nicht erfüllt erachtete (vgl. hierzu act. IIA 487 S. 65 f. Ziff. 7.1). Ferner begründete die neurologische Expertin fundiert und bezugnehmend auf rechtzeitigliche Arztberichte plausibel, dass es bei der Beigeladenen als Folge der Verletzung und des sich ab Ende 2015 in Remission befindlichen CRPS und den zusätzlich vorliegenden chronisch-nozizeptiven Schmerzen zu einer peripheren und zentralen Schmerzsensitivierung mit Hypersensibilisierung auf thermische und mechanische Reize gekommen ist (S. 70 ff. Ziff. 7.1). Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es nach dem Unfall vom 28. Juni 2014 in Folge der Verletzung und des CRPS zur Ausbildung einer ausgeprägten Hyperalgesie und einer peripheren und zentralen Schmerzsensitivierung im Bereich des linken Fusses gekommen ist,

wobei zusätzlich eine Tendinitis der Sehnen des M. tibialis posterior und der Mm. peronei links vorliegt (S. 8 Ziff. 1).

Selbst wenn entsprechend der Einschätzung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. _____, davon ausgegangen würde, dass kein unfallkausales CRPS vorgelegen habe (act. IIA 418 S. 38), verdeutlichen die Gutachter in der Stellungnahme vom 18. Mai 2021 (act. IIB 523) überzeugend, dass unabhängig davon, ob man ein CRPS in der Vergangenheit postuliere oder nicht, aktuell ein klarer orthopädisch-neurologischer Befund einer residuellen und klar unfallkausalen Schädigung im Sinne einer peripheren und zentralen Schmerzsensitivierung sowie einer Tendinitis der Sehne des M. tibialis post. und der Mm. peronei links verblieben. Daraus resultiere eine Funktionseinschränkung. Grundsätzlich ist somit die Unfallkausalität hinsichtlich des CRPS nicht entscheidend (vgl. Beschwerde S. 18 ff. Ziff. III lit. B Ziff. 6 ff.), zumal sich die Symptome für ein CRPS ab Dezember 2015 zurückbildeten, die Diagnosekriterien ab November 2016 – mithin lange vor dem Fallabschluss (31. Januar 2019 [act. IIA 358]) – nicht mehr erfüllt waren und die Gutachter letztlich unabhängig davon unfallkausale, organisch begründbare Residuen feststellten (vgl. act. IIA 487 S. 8 Ziff. 4.1 und S. 12 Ziff. 4.2, act. IIB 523). Damit ist im Falle einer hier ohnehin nicht gegebenen Beweislosigkeit auch die Beweislastverteilung bezüglich des CRPS nicht von Relevanz (vgl. Beschwerde S. 22 Ziff. III lit. B Ziff. 12).

Soweit die Beschwerdeführerin rügt, der Fall wäre bereits 2015 liquid gewesen (Beschwerde S. 17 Ziff. III lit. B Ziff. 5, S. 21 Ziff. III lit. B Ziff. 11), trifft zwar zu, dass bereits Dr. med. F. _____ in ihrem Bericht vom 20. November 2014 (act. II 42) einen Verdacht auf einen beginnenden Morbus Sudeck (CRPS) aufführte. Dass die Beschwerdegegnerin nichtsdestotrotz (erstmalig) im Februar 2016 eine kreisärztliche Beurteilung veranlasste (vgl. act. II 118), ist jedoch nicht zu beanstanden. Denn nicht der Zeitpunkt der Diagnosestellung bzw. der Kausalitätsbeurteilung ist entscheidend. Vielmehr kann das Auftreten einer CPRS-Symptomatik innerhalb der Latenzzeit auch retrospektiv anhand der rechtzeitig erhobenen Befunde beurteilt werden (BGer 8C_177/2016 E. 4.3 und 8C_123/2018 E. 4.1.2), wie es sowohl die Ärzte der Beschwerdegegnerin (act. II 118,

209, 274, 280, 289, act. IIA 327 bzw. 339) als auch die Sachverständigen (vgl. act. IIA 487 S. 8 Ziff. 4.1, S. 10 Ziff. 4.2, S. 13 Ziff. 4.3, S. 39 f. Ziff. 7.1, S. 64 ff. Ziff. 7.1; act. IIB 523) taten.

Die überzeugende gutachterliche Einschätzung der MEDAS-Gutachter korreliert denn auch mit der Einschätzung des Suva-Kreisarztes Dr. med. L._____, Facharzt für Chirurgie (vgl. act. IIA 327 bzw. 339, 397). Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I._____, vermochte in seinen Aktenbeurteilungen (act. IIB 492 S. 4 ff., 946 S. 16 ff.; act. I 360-363) keine Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Insofern er vorbringt, die Beigeladene habe ab 8. September 2014 ihre Tätigkeit wieder in vollem Umfang aufgenommen, was mit einem zu diesem Zeitpunkt bestehenden CRPS nicht möglich gewesen wäre (act. IIB 503 S. 10 und 12), verkennt er zudem, dass die Beigeladene bis zur vollständig attestierten Arbeitsunfähigkeit ab 11. Dezember 2014 (vgl. act. II 34) bereits ab 31. Oktober wiederum zu 40 % (vgl. act. II 30) und ab 20. November 2014 zu 50 % (vgl. act. II 31) arbeitsunfähig war (vgl. Beschwerde S. 18 Ziff. III lit. B Ziff. 7). Soweit Dr. med. I._____ insbesondere die Einschätzung der neurologischen Gutachterin in Zweifel zieht, fehlt es ihm zudem als Orthopäde an der notwendigen neurologischen Fachkompetenz, handelt es sich beim CRPS doch um eine Erkrankung des Nervensystems (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen statt vieler Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2). Ferner legte Dr. med. I._____ in keiner Art und Weise dar, inwiefern die Ergebnisse der Klammer-Algometrie auf das Vorliegen nichtorganischer Faktoren hinweisen sollen (vgl. act. IIB 503). Insgesamt vermag die Beurteilung von Dr. med. I._____ somit keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung der MEDAS-Gutachter zu wecken. Unter diesen Umständen erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, weshalb sich weitere Abklärungen – entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 2) – in antizipierter Beweiswürdigung erübrigen (vgl. 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).

Was die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrifft, stimmten die Gutachter dem durch Dr. med. H. _____ und Dr. med. L. _____ anlässlich einer telefonischen Besprechung vom 7. Dezember 2018 (act. IIA 346 S. 4) formulierten Zumutbarkeitsprofil zu. Gemäss diesem sei ein arbeitstägliches Pensum von sechs Stunden an fünf Tagen der Woche (entsprechend einem Pensum von 70 %) zumutbar. Dabei sei eine zusätzliche Leistungsminderung von 25 % zuzumessen, welche durch den Bedarf an langdauernden zusätzlichen Pausen (von mindestens 30, optimal 60 Minuten) bedingt und in den Arbeitstag integriert sei (...). Die Summe dieser Zusatzpausen werde auf zwei Stunden pro Arbeitstag veranschlagt. Abschliessend attestierten die MEDAS-Gutachter eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. IIA 487 S. 12 Ziff. 7 lit. a). In der Vorlage Versicherungsmedizin vom 18. April 2019 (act. IIA 397) führte auch der Suva-Kreisarzt Dr. med. L. _____ aus, dass bei durchgängiger Arbeit von vier Stunden und anschliessender Pause von zwei Stunden anschliessend nochmals zwei Stunden Arbeit möglich seien. Falls von einem Arbeitstag von acht Stunden ausgegangen werde, entspreche dies dem angegebenen Prozentsatz einer 60%igen Arbeitsfähigkeit. Zwischen Dr. med. H. _____, Dr. med. L. _____ und den MEDAS-Gutachtern besteht damit offensichtlich insoweit Einigkeit, als dass die Beigeladene insgesamt in der Lage ist an fünf Tagen pro Woche sechs Stunden zu arbeiten resp. ein zusätzlicher Pausenbedarf von zwei Stunden besteht. Weshalb vor diesem Hintergrund eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert wird, leuchtet nicht ein. Eine Arbeitstätigkeit von sechs Stunden an fünf Tagen unter Annahme eines achtstündigen Arbeitstages entspricht einer Arbeitsfähigkeit von 75 % ($100 / 8 \times 6$). Dass die Pausen im Rahmen von ordentlichen Unterbrüchen ausserhalb der regulären Arbeitszeit, insbesondere im Rahmen einer hinreichend langen Mittagspause, erfolgen können, mithin für sich selbst keine weitere Einschränkung begründen, haben die Ärzte überzeugend festgehalten, indem sie ausgeführt haben, die sechs Stunden Arbeit könnten morgens zu vier und nach einer entsprechenden Pause nachmittags zu zwei Stunden erbracht werden. Selbst wenn bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zusätzlich berücksichtigt wird, dass rein statistisch die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit 41.7 Stunden (und nicht 40 Stunden) beträgt (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit

nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des Bundesamts für Statistik [BfS], Total) ist damit von einer Restarbeitsfähigkeit von nicht weniger als 72 % ($100 / 41.7 \times 30$) resp. einer Einschränkung von insgesamt 28 % auszugehen, was zwischen den Parteien (vgl. hierzu auch Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2021; act. IIB 539 S. 24 E. 5.2.2) denn auch unbestritten ist. Gestützt darauf ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

Gemäss Rechtsprechung ist das Valideneinkommen in der Unfallversicherung unabhängig davon zu bestimmen, ob die versicherte Person vor dem Unfall ihre Arbeitskraft ganz oder nur teilweise eingesetzt hat (BGE 119 V 475 E. 2b S. 481). Diesem Faktor wird nämlich bereits dadurch Rechnung getragen, dass aufgrund des geringeren versicherten Verdienstes eine bloss teilzeitlich tätige Person eine kleinere Rente erhalten wird, als eine vollzeitlich erwerbstätige. Bei der Festlegung des hypothetischen Valideneinkommens ist somit von einer vollzeitlich erwerbstätigen Person auszugehen, die hinsichtlich Fähigkeiten, Ausbildung, Alter und örtlicher Verhält-

nisse mit der versicherten Person vergleichbar ist (BGE 135 V 287 E. 3.2 S. 289).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BfS herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen

bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ergibt sich der massgebliche Zeitpunkt aus Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind (BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

Die Beschwerdegegnerin schloss den Fall gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung von Dr. med. L. _____ vom 26. November 2018 (act. IIA 327 bzw. 339), gemäss welcher ein medizinischer Endzustand erreicht war (S. 4), per 31. Januar 2019 ab (act. IIA 358) und setzte den Rentenbeginn auf den 1. Februar 2019 fest, was zu Recht nicht beanstandet wird.

4.5 Zur Bestimmung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf das bei der C. _____ sowie der D. _____ erzielte Einkommen ab, was zwischen den Parteien unbestritten blieb. Die Beigeladene war je in einem 40 %-Pensum angestellt (act. II 90 f.). Im Jahr 2019 hätte sie in einem 100%-Pensum bei der C. _____ ein Einkommen von Fr. 57'480.20 (Fr. 23.73 x 43 Stunden [vgl. act. II 1 Ziff. 3] x 52 Wochen + Fr. 4'419.90 [8.33 % von Fr. 53'060.30; 13. Monatslohn]) und bei der D. _____ ein Einkommen von Fr. 60'972.60 (Fr. 4'690.20 x 13 Monate; vgl. act. IIA 372 S. 3) erzielt. Damit beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 59'226.40 (Fr. 57'480.20 + Fr. 60'972.60 / 2).

4.6 Die Beigeladene verwertet ihre Restarbeitsfähigkeit nicht, weshalb das Invalideneinkommen unbestrittenermassen anhand statistischer Daten zu bestimmen ist (vgl. E. 4.3 hiervoor). Ausgehend von der LSE 2018, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total (Fr. 4'371.--), angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Total), indexiert auf das Jahr 2019 (gemäss Tabelle T1.2.15, Nominallohnindex, Frauen, 2016-2020, Total, 2018: 101.7, 2019: 102.7) und angepasst an ein zumutbares Pensum von 28 % (100 / 41.7 Stunden x 30 [5 Tage à 6 Stunden; vgl. act. IIA 346 Ziff. 2, 487 S. 12 Ziff. 7

lit. a]) resultiert ein Betrag von Fr. 39'757.60 (Fr. 4'371.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 / 101.7 x 102.7 x 0.72).

Dass der mit Verfügung vom 26. April 2019 (act. IIA 401) gewährte zusätzliche leidensbedingte Abzug von 15 % im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2021 (act. IIB 539) nicht (mehr) berücksichtigt wurde, ist nicht zu beanstanden, erscheint ein solcher vorliegend doch nicht gerechtfertigt. Den Einschränkungen wurde im gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil mit der 28%igen Einschränkung hinreichend Rechnung getragen (vgl. E. 4.3 hiervor). Demnach ist ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 39'757.60 heranzuziehen.

4.7 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 33 % ($[(\text{Fr. } 59'226.40 - \text{Fr. } 39'757.60)] \times 100 / \text{Fr. } 59'226.40$; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Damit hat die Beigeladene Anspruch auf eine diesem Invaliditätsgrad entsprechende Invalidenrente (vgl. E. 2.5 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2021 (act. IIB 539) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die obsiegende Beklagte hat als Sozialversicherungsträgerin ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150).

Obsiegende beigeladene Parteien haben Anspruch auf Parteikostenersatz, wenn sie anwaltlich vertreten sind (Art. 108 Abs. 3 i.V.m. Art. 104 Abs. 1 VPRG; MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VPRG, 2. Aufl. 2020, Art. 14 N. 11).

Die Beigeladene wird durch Rechtsanwältin B._____ vertreten, welche mit Kostennote vom 17. Februar 2022 ein Honorar von Fr. 2'098.65 (7.5 Stunden à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 73.60 und Mehrwertsteuer von Fr. 150.05 (7.7 % von Fr. 1'948.60), total Fr. 2'098.65, geltend macht. Dies ist nicht zu beanstanden. Die Parteientschädigung wird demnach für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'098.65 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdeführerin der Beigeladenen zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdeführerin hat der Beigeladenen die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'098.65 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Visana Versicherungen AG
 - Suva
 - Rechtsanwältin B._____ z.H. der Beigeladenen
 - 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.