



**Fall-Nr.:** UV 2020/87  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 22.02.2022  
**Entscheiddatum:** 05.10.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.10.2021**

**Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Beweiswürdigung kreisärztlicher Berichte. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale Beschwerden vor, die Beschwerdeführerin war jedoch in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Kein Anspruch auf eine Rente und eine höhere Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Oktober 2021, UV 2020/87).**

#### **Entscheid vom 5. Oktober 2021**

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Blättler

Geschäftsnr.

UV 2020/87

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Zahner Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen



**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)**, Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ AG als Mitarbeiterin in der Werkstatt tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 30. Juni 2017 klemmte sie sich beim Rückwärtsfahren mit einem Hubwagen den linken Fuss zwischen dem Hubwagen und einer Wand ein (Suva-act. 1). Die am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ diagnostizierten ein Quetschtrauma am Unterschenkel links sowie eine Schürfwunde am oberen Sprunggelenk (OSG) links. Sie führten bis zum 1. Juli 2017 eine stationäre Logenüberwachung durch und entliessen die Versicherte dann mit einer deutlich regredienten Unterschenkelschwellung und in gutem Allgemeinzustand. Sie attestierten der Versicherten vom 30. Juni bis 3. Juli 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 7). Die Suva kam für die Folgen des Unfalls auf (Suva-act. 3, vgl. Suva-act. 139).

**A.b.** Eine am 8. August 2017 in der Radiologie D.\_\_\_\_ durchgeführte MRI-Untersuchung des OSG links ergab unter anderem ein Knochenmarködem betreffend den Schaftbereich der Fibula mit Ausläufer bis zum Malleolus lateralis, geringe ossäre Ödemzonen an der distalen Tibia sowie am Processus anterior calcanei, eine etwas akzentuierte Ödemzone am Os naviculare in den plantarseitigen Anteilen mit fraglicher (nicht dislozierter) Frakturlinie, eine Zerrung der anterioren distalen Syndesmose, Vernarbungen mediallyseitig subkutan unter Beteiligung des Flexorenretinaculum und ein subkutanes Ödem lateralseitig über dem lateralen Malleolus (Suva-act. 14).



## St.Galler Gerichte

**A.c.** Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt mbF Orthopädie, Spital C.\_\_\_\_, diagnostizierte am 4. Oktober 2017 einen Bonebruise am Os naviculare Fuss links. Er verordnete der Versicherten Physiotherapie und attestierte weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 18). Dr. med. F.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, berichtete am 27. November 2017, der Heilungsverlauf sei protrahiert, die Behandlung dauere voraussichtlich noch bis Anfang des Jahres 2018 (Suva-act. 25). Ab 13. Januar 2018 attestierte Dr. F.\_\_\_\_ der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %, ab dem 20. Februar 2018 eine solche von 50 % (Suva-act. 29 f., 38, abweichend davon war sie gemäss Angaben der Arbeitgeberin ab 8. Januar 2018 zu 50 % arbeitstätig; vgl. Suva-act. 27).

**A.d.** Am 5. März 2018 wurde die Versicherte durch Suva-Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht. Dieser beurteilte am 17. März 2018, es liege ein langsam rückläufiges Schmerzsyndrom am Sprunggelenk und der Fusswurzel vor. Es bestehe noch eine deutlich verminderte Belastbarkeit des linken Fusses bei recht guter Beweglichkeit und guten Muskelverhältnissen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 66.66 % sei ab 9. April 2018 zumutbar (Suva-act. 39).

**A.e.** Nach Durchführung einer MRI-Untersuchung beurteilte Dr. med. H.\_\_\_\_, Radiologie FMH, Radiologie D.\_\_\_\_, am 18. April 2018, im Vergleich zur Voruntersuchung vom 8. August 2017 bestehe eine vollständige Regredienz der damaligen Knochenmarksödeme vor allem in der distalen Fibula sowie weniger auch der distalen Tibia, am Os naviculare und am Processus anterior calcanei. Neu aufgetreten sei ein fokales kleines subchondrales Knochenmarksödem an der medialen Talusrolle mit ebenfalls neu aufgetretenem Knorpelschaden an der medialen Trochlea tali. Die vordere distale Syndesmose zeige deutliche narbige Veränderungen bei Zustand nach wahrscheinlicher Partialruptur oder zumindest Zerrung (Suva-act. 43). Dr. F.\_\_\_\_ hielt am 4. Mai 2018 fest, aufgrund der neu aufgetretenen Befunde halte er die Beschwerden der Versicherten für plausibel und denke, dass eine Steigerung der Arbeitszeit (mehr als 50 %) noch verfrüht sei (Suva-act. 44). Dr. G.\_\_\_\_ befand am 14. Mai 2018, die Versicherte sei entgegen seiner früheren Einschätzung sicher noch bis Ende Juni 2018 zu 50 % arbeitsunfähig (Suva-act. 45).



**A.f.** Dr. E.\_\_\_\_ beurteilte am 29. Juni 2018, vermutlich sei der neu nachgewiesene Knorpelschaden im Bereich der Trochlea tali für die Beschwerden verantwortlich (Suva-act. 59). Am 23. August 2018 führte er eine Arthroskopie OSG links mit Mikrofrakturierung der Trochlea tali durch (Suva-act. 71). Er hielt am 3. Oktober 2018 fest, die Versicherte sei weiterhin arbeitsunfähig (Suva-act. 80). Nach Durchführung einer MRI-Untersuchung (vgl. Suva-act. 88) beurteilte Dr. E.\_\_\_\_ am 23. November 2018, es zeige sich eine Besserung des Knorpelüberzugs nach Mikrofrakturierung im Bereich der Trochlea tali. Die Versicherte belaste zunehmend mehr, zeitweise sei bereits schon eine volle Belastung möglich. Weitere Kontrollen bei ihm seien nicht vorgesehen (Suva-act. 89).

**A.g.** Vom 5. Februar bis 1. März 2019 befand sich die Versicherte stationär im Rehasentrum I.\_\_\_\_. Die zuständigen Ärztinnen berichteten am 6. März 2019 über weiterhin bestehende Mobilitätseinschränkungen. Für die Dauer des stationären Aufenthalts bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab 2. März 2019 liege aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für adaptierte Tätigkeiten vor. Ab dem 17. März 2019 solle die weitere Beurteilung und eventuelle Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch den nachbehandelnden Arzt erfolgen (Suva-act. 111, vgl. auch Suva-act. 118). Die Versicherte war vom 2. bis 7. März 2019 zu 50 % bei ihrer Arbeitgeberin tätig, ab 8. März 2019 attestierte ihr Dr. F.\_\_\_\_ jedoch wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Suva-act. 113, 118, 125, 130-4).

**A.h.** Im Auftrag der Suva untersuchte Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, Klinik K.\_\_\_\_, die Versicherte am 4. Juni 2019 im Sinne einer Zweitmeinung. In seinem Bericht vom 11. Juni 2019 hielt er als Diagnosen Rückfusschmerzen links fest. Es bestehe der Verdacht auf eine persistierende osteochondrale Läsion der medialen Talusschulter sowie eine osteochondrale Läsion im Bereich des medialen Gutters tibial. Angesichts des beschriebenen schmerzhaften Knackens mit danach massiver Schmerzzunahme wäre zudem ein freier Gelenkkörper (nicht) auszuschliessen. Klinisch könnte des Weiteren ein anteromediales ventrales OSG-Impingement bestehen. Zur weiteren Abklärung schlage er ein Arthro-MRI des OSG vor. Zudem bestehe der Verdacht auf ein residuelles komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS), weshalb er ebenfalls eine Abklärung vorschlage (Suva-act. 143). Die empfohlene MRI-Untersuchung wurde am 24. Juni 2019 durchgeführt (Suva-act. 146).



**A.i.** Dr. med. L.\_\_\_, Teamleiterin Rehabilitation, Klinik K.\_\_\_, beurteilte am 10. Juli 2019, die Diagnose eines floriden CRPS könne derzeit nicht gestellt werden. Ein Teil der Symptome und Befunde wäre durch das Vorliegen der degenerativen/posttraumatischen Veränderungen erklärbar. Zur Ursachenabklärung wären allenfalls noch eine angiologische und neurologische Mitbeurteilung zu empfehlen (Suva-act. 155, vgl. auch Bericht vom 19. August 2019; Suva-act. 156).

**A.j.** Eine am 17. September 2019 in der Klinik Q.\_\_\_ durchgeführte Untersuchung ergab keinen Hinweis auf ein Lymphödem, ein Phlebödem oder eine arterielle Makroangiopathie (Suva-act. 167). Am 25. September 2019 wurde die Versicherte in der Klinik K.\_\_\_ neurologisch und neurophysiologisch untersucht. Die abklärenden Ärzte berichteten gleichentags, die Versicherte beschreibe Beschwerden am gesamten linken Bein, die keinem Dermatome oder peripheren Nervenversorgungsgebiet zugeordnet werden könnten. Für eine spinale oder zentrale Genese der Sensibilitätsstörung ergebe sich kein objektivierbarer Befund. Die neurophysiologische Zusatzuntersuchung habe keinen Hinweis auf eine periphere Neuropathie ergeben. Differentialdiagnostisch sei eine Small-Fiber-Neuropathie erwogen worden, dies sei jedoch unwahrscheinlich (Suva-act. 173).

**A.k.** Nach einer Abschlussuntersuchung vom 5. November 2019 befand Suva-Kreisarzt Dr. G.\_\_\_, es bestehe eine verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit des Fusses links. Da sich keine Behandlungsmassnahmen anböten, die den derzeitigen Zustand verbessern könnten, sei von einem Endzustand auszugehen. Die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Für eine adaptierte Tätigkeit sei sie hingegen ganztags einsetzbar (Suva-act. 183). Den Integritätsschaden schätzte Dr. G.\_\_\_ auf 15 % (Suva-act. 184).

**A.l.** Die Suva kündigte der Versicherten am 28. November 2019 an, sie stelle die Heilkostenleistungen auf den 30. November 2019 ein. Für die Kosten der weiterhin notwendigen ärztlichen Kontrollen werde sie jedoch aufkommen. Über den Abschluss hinaus übernehme sie auch die Schmerzmedikation und elastische Binden bzw. OSG-Bandagen. Per 31. Dezember 2019 stelle sie dann auch die Taggelderleistungen ein (Suva-act. 188).



## St.Galler Gerichte

**A.m.** Mit Verfügung vom 30. Dezember 2019 sprach die Suva der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15 % zu. Einen Rentenanspruch verneinte sie (Suva-act. 198).

### **B.**

**B.a.** Dagegen erhob die Versicherte am 16. Januar 2020 Einsprache (Suva-act. 204). Mit ihrer Einsprachebegründung vom 29. Mai 2020 reichte sie eine am 27. Mai 2020 erstellte Stellungnahme von Dr. med. M.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung von Dr. G.\_\_\_\_ ein. Dr. M.\_\_\_\_ hatte beurteilt, auch eine rein sitzende Tätigkeit sei der Versicherten nur zu maximal 60 % möglich und ein Integritätsschaden von 25 % sei gerechtfertigt (Suva-act. 218, 220).

**B.b.** Am 11. August 2020 wurde die Versicherte durch Suva-Kreisarzt Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Dieser befand am 18. August 2020, Folgen eines CRPS seien nicht vorhanden und zum Zeitpunkt der Untersuchung könne keine Schwellung nachgewiesen werden. Die Zumutbarkeit der noch möglichen Tätigkeiten könne vollumfänglich von der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom November 2019 übernommen werden. Auch die Beurteilung des Integritätsschadens bleibe unverändert. Der Endzustand sei erreicht (Suva-act. 226).

**B.c.** In ihrer Stellungnahme vom 7. September 2020 bemängelte die Versicherte den Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ und erachtete eine versicherungsexterne Expertise als notwendig (Suva-act. 228).

**B.d.** Am 22. September 2020 nahm Suva-Kreisarzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Stellung zum Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2020 (Suva-act. 230, die Dres. G.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ waren damals nicht mehr für die Suva tätig; vgl. Suva-act. 231).

**B.e.** Nach einer erneuten Stellungnahme der Versicherten (vgl. Suva-act. 232) wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 10. November 2020 ab (Suva-act. 233).

### **C.**

**C.a.** Dagegen erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 10. Dezember 2020 Beschwerde. Sie beantragte darin, der Einspracheentscheid vom 10.



## St.Galler Gerichte

November 2020 sei aufzuheben und es seien ihr die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Sie reichte unter anderem eine Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2020 ein (act. G1.3).

**C.b.** Am 28. Januar 2021 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G3).

**C.c.** Die Beschwerdeführerin verzichtete am 4. März 2021 auf die Einreichung einer einlässlichen Replik und hielt an ihren Anträgen fest (act. G5).

## Erwägungen

### 1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung, als die ihr von der Beschwerdegegnerin bereits zugesprochene. Dabei ist insbesondere umstritten, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist.

**1.1.** Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**1.2.** Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden,



die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.).

**1.3.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.).

## 2.

Vorab ist festzuhalten, dass die Zeitpunkte der Einstellung der Heilkostenleistungen per 30. November 2019 und der Taggelder per 31. Dezember 2019 medizinisch



ausgewiesen und unbestritten sind (vgl. Suva-act. 188, act. G1). Entsprechend erfolgte in zeitlicher Hinsicht die Prüfung eines Rentenanspruchs auf den 1. Januar 2020 zu Recht (vgl. Art. 19 Abs. 2 UVG). Dasselbe gilt in Bezug auf den Zeitpunkt der Festlegung der Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 2 UVG). Die Beschwerdeführerin hatte in diesem Zeitpunkt unbestritten noch unfallkausale Beschwerden am Fuss links. Im Folgenden ist jedoch zu prüfen, ob diese Beschwerden und die dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden.

**2.1.** Die Beschwerdegegnerin legte den Fall im Verlauf des Vorverfahrens drei unterschiedlichen Kreisärzten zur Beurteilung vor. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dieses Vorgehen widerspreche der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Die Beschwerdegegnerin könne nicht stets noch eine weitere kreisärztliche (Akten-)Beurteilung - im Sinne einer "kreisärztlichen Oberbeurteilung" - einholen, statt einen versicherungsexternen Experten zu beauftragen (act. G1). Wie die Beschwerdegegnerin jedoch ausführt, hat sie nur deshalb unterschiedliche Kreisärzte mit der Beurteilung des Falls betraut, weil Dr. G.\_\_\_\_ per Ende 2019 in den Ruhestand trat und der darauf in den Fall involvierte Dr. N.\_\_\_\_ seit Ende August 2020 nicht mehr für die Beschwerdegegnerin tätig ist (Suva-act. 231). Es ist also davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin nur aufgrund dieser Weggänge den Fall durch unterschiedliche Kreisärzte beurteilen liess und ansonsten stets den erstbefassten Dr. G.\_\_\_\_ um weitere Stellungnahmen gebeten hätte (vgl. auch Suva-act. 233-5 f.). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin entspricht damit nicht einer "kreisärztlichen Oberbeurteilung". Auch hat die Beschwerdegegnerin jeweils nicht ohne Grund eine zusätzliche kreisärztliche Beurteilung eingeholt, sondern sah sich aufgrund der Einwände der Beschwerdeführerin bzw. der von ihr eingereichten Einschätzungen von Dr. M.\_\_\_\_ dazu veranlasst, die Kreisärzte um eine ergänzende Stellungnahme zu bitten (vgl. Suva-act. 218, 220, 226, 228, 230). Dies entspricht dem üblichen Vorgehen im verwaltungsrechtlichen Verfahren und ist nicht zu beanstanden.

**2.2.** Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 6. November 2019 fest, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin betrage die Gehstrecke ca. 1.5 km, die Gehdauer eine halbe Stunde. Das Stehen über ein bis zwei Stunden sei ebenfalls möglich. Die Beschwerdeführerin nehme zweimal täglich Voltaren 50 sowie dreimal täglich Dafalgan 1 g ein, Physiotherapie besuche sie seit Monaten nicht mehr und bezüglich der Unfallfolgen sei kein Arzttermin mehr vorgesehen. Es liege keine augenfällige Schwellung im Bereich des distalen Unterschenkels, Knöchels und Fusses vor. Als Diagnose hielt Dr. G.\_\_\_\_ primär eine verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit des



linken Fusses bei/mit Rückfusssschmerzen sowie osteochondraler Läsion der medialen Talusschulter und tibial fest. Die Beschwerdeführerin leide im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 5. März 2018 (vgl. Suva-act. 39) unverändert unter einem Dauerschmerz in der Sprunggelenkregion links mit Schmerzzunahme unter Belastung und bei Kälteexposition. Klinisch zeige sich eine Druckdolenz vor allem im Innervationsgebiet des Nervus peroneus, wahrscheinlich als Folge der Kompressionsverletzung. Ferner zeige sich eine Einschränkung der Beweglichkeit im OSG und unteren Sprunggelenk (USG). Bezüglich des OSG sei diese Bewegungseinschränkung durch den unfallkausalen Knorpelschaden erklärt. Die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in stehender Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Für eine Tätigkeit in Wechselbelastung, die überwiegend im Sitzen geleistet werden könne, sei die Beschwerdeführerin hingegen ganztags einsetzbar. Ein Begehen von unebenem Gelände, längere Gehstrecken, Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie Tätigkeiten in kauender oder kniender Position seien nicht möglich (Suva-act. 183). Dr. N.\_\_\_\_ übernahm die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ nach einer Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 11. August 2020 vollumfänglich (Suva-act. 226).

**2.3.** Dr. M.\_\_\_\_ führte am 27. Mai 2020 aus, die kreisärztliche Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ leuchte zwar ein und die derzeitige Situation werde genau beschrieben. Bei der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung vom 25. September 2019 in der Klinik K.\_\_\_\_ seien jedoch als Hauptdiagnose chronische Rückfusssschmerzen links bei unter anderem einer OSG-Schwellung und einer Hypästhesie am Vorfuss festgestellt worden (vgl. Suva-act. 155, 173). Dr. G.\_\_\_\_ habe dies nicht berücksichtigt, weshalb seine Schlussfolgerung einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nicht "einfühlbar" sei (Suva-act. 220).

**2.3.1.** Dr. G.\_\_\_\_ hielt im Gegensatz zur Diagnose der Klinik K.\_\_\_\_ fest, es sei keine auffällige Schwellung im Bereich des distalen Unterschenkels, des Knöchels und des Fusses vorhanden. Bei den Umfangmessungen hielt er bei der Wade (maximal) einen seitengleichen Umfang, bei der Fessel links 1 cm mehr und beim Mittelfuss links 0.5 cm mehr als rechts fest (Suva-act. 183). Auch Dr. N.\_\_\_\_ befand am 18. August 2020, es sei weder eine Schwellung noch eine Atrophie der Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur sichtbar. Er erhob am Oberschenkel sowie an der Fessel um 0.5 cm unterschiedliche Umfangmasse zugunsten rechts bzw. links (Suva-act. 226).

**2.3.2.** Die abklärenden Ärzte der Klinik K.\_\_\_\_ hielten zwar die erwähnte Hypästhesie am Vorfuss fest, fanden jedoch für eine spinale oder zentrale Genese der angegebenen



Sensibilitätsstörung keinen objektivierbaren Befund. Ebenso ergab die neurophysiologische Zusatzuntersuchung keinen Hinweis auf eine periphere Neuropathie und die angefertigten SEPs (somasensorisch evozierte Potenziale) zeigten keinen pathologischen Befund, der auf eine spinale Leistungsstörung hindeuten würde. Schliesslich hielten die abklärenden Ärzte der Klinik K.\_\_\_\_ fest, die differenzialdiagnostisch erwogene Small-Fiber-Neuropathie sei wenig wahrscheinlich, ausserdem bestünden keine Dysästhesien und die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Sensibilitätsstörungen seien eher diffus als lokalisiert an den Füssen (Suva-act. 173). Insgesamt konnten sie damit die beklagte Sensibilitätsstörung nicht objektivieren und es ist nicht zu bemängeln, dass Dr. G.\_\_\_\_ sowie am 18. August 2020 auch Dr. N.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. 226-4) festhielten, die Beschwerdeführerin klage zwar über entsprechende Beschwerden, eine eigentliche Hyperästhesie liege jedoch nicht vor.

**2.3.3.** Dr. M.\_\_\_\_ führte weiter aus, es handle sich bei der vorliegenden Verletzung um eine Situation eines abortiven CRPS bzw. einer chronischen Schmerzsymptomatik, die knapp die Budapest-Kriterien für die Diagnose eines CRPS nicht erfülle (Suva-act. 220). Er verwies dabei insbesondere auf die Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_. Diese hatte am 10. Juli 2019 festgestellt, klinisch bestätigten sich ein Temperaturunterschied der Füsse von allerdings weniger als einem Grad, ein perimalleoläres Ödem sowie eine schmerzhaft leichte Bewegungseinschränkung des Sprunggelenks und Hypästhesien. Diese träten im Bereich des lateralen Fussrands sowie des medialen distalen Unterschenkels auf. Aktenanamnestisch habe die Beschwerdeführerin angegeben, vor mehreren Jahren eine Operation gehabt zu haben, welche zu diesen Hypästhesien geführt habe. Obwohl ein Teil der Budapest-Kriterien erfüllt sei, könne die Diagnose eines CRPS aktuell nicht gestellt werden. Ein Teil der Symptome und Befunde wäre durch das Vorliegen der degenerativen/posttraumatischen Veränderungen erklärbar (Suva-act. 155). Letztere Aussage stützt - wie von Dr. O.\_\_\_\_ überzeugend vorgebracht (vgl. Suva-act. 230-3) - die kreisärztliche Diagnose von Dr. G.\_\_\_\_ (verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit Fuss links; Suva-act. 183). Die von Dr. L.\_\_\_\_ weiter vorgeschlagenen Abklärungen ergaben keine Erklärung für die geklagten Beschwerden (vgl. Suva-act. 156, 167, 173). Auch Dr. G.\_\_\_\_, Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ verneinten die für die Diagnose eines CRPS wesentlichen Kriterien (vgl. Suva-act. 183, 226, 230).

**2.3.4.** Es ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein CRPS vorlag und die geltend gemachten Hypästhesien nicht bzw. zumindest nicht in einem relevanten Ausmass objektivierbar sind. Zudem sind allfällige Hypästhesien nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 30. Juni 2017 zurückzuführen. Dies



auch, zumal die Beschwerdeführerin nach einem Unfall im Jahr 2008 zentral auf dem linken Fussrist operiert worden war und sie nun unter anderem dort Hypästhesien beklagt (vgl. Suva-act. 19). Wie Dr. N.\_\_\_\_ überzeugend ausführte, ist zudem bei einem Zustand nach einer Exzision eines unfallfremden Morton-Neuroms interdigital Dig II bis III Fuss links erwartungsgemäss die Sensibilität dort nicht mehr vorhanden (vgl. Suva-act. 226-4). Dr. O.\_\_\_\_ führte im Übrigen überzeugend aus, die beklagte Gefühlsstörung im Fuss links (als Folge eines fraglichen CRPS) sei insofern nicht weiter zu diskutieren, als sich eine solche Störung weder im Zumutbarkeitsprofil noch in der Schätzung des Integritätsschadens auswirke (Suva-act. 230).

**2.4.** Dr. M.\_\_\_\_ führte weiter aus, entgegen der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit nicht ganztags einsetzbar. Die Schmerzen nähmen am Nachmittag deutlich zu und es sei auch anzunehmen, dass die Schwellung im Tagesverlauf zunehme. Die Beschwerdegegnerin übernehme die Kosten der Schmerzmedikation auf unbestimmte Zeit, was doch vermuten lasse, dass die Schmerz-/Schwellungssituation erheblich sei (Suva-act. 220). Dr. G.\_\_\_\_ hat bei seiner Beurteilung die Schmerzen sowie die (anlässlich seiner Untersuchung geringe) Schwellung jedoch berücksichtigt und entsprechende Adaptionkriterien festgelegt. Dr. M.\_\_\_\_ befand, das von Dr. G.\_\_\_\_ festgelegte Zumutbarkeitsprofil sei richtig. Die sitzende Tätigkeit sollte nicht überwiegend, sondern vorwiegend sein. Aufgrund der chronischen Schmerz-/Schwellungssituation sei auch eine praktisch rein sitzende Tätigkeit nicht zu 100 % möglich. Eine halbtägliche Beschäftigung sei sicher möglich, ausgereizt dürfte sie bei einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer rein sitzenden Tätigkeit sein. Die 40%ige Arbeitsunfähigkeit sei schmerzbedingt bzw. entspreche der Zeit, wo der linke Fuss zur Abschwellung in Ruhe hochgelagert werden müsse (Suva-act. 220). Dr. M.\_\_\_\_ erklärte jedoch nicht überzeugend, weshalb die Beschwerdeführerin nicht zu 100 % in einer adaptierten, wechselbelastenden Tätigkeit arbeitsfähig sein sollte. Selbst wenn sie intermittierend den Fuss hochlagern müsste, wäre dies während des Sitzens grundsätzlich möglich. Dr. O.\_\_\_\_ hielt dazu - auch im Sinne der vorherigen Erwägung 2.3.1 - überzeugend fest, ein Schwellungszustand habe weder von Dr. L.\_\_\_\_ noch im Rahmen der vorhergehenden kreisärztlichen Untersuchungen von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ derart objektiviert werden können, dass sie eine entsprechende Begründung der zeitlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liefern könnte (Suva-act. 230).

**2.5.** Nachdem Dr. N.\_\_\_\_ das Schreiben von Dr. M.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2020 zwar zur Kenntnis genommen, sich aber nicht ausdrücklich dazu geäußert hatte (vgl. Suva-act. 226), nahm Dr. O.\_\_\_\_ am 22. September 2020 Stellung dazu. Er führte unter anderem



aus, die Argumentation von Dr. M.\_\_\_\_ sei wenig evidenzbasiert-wissenschaftlich, sondern deute auf Glaubhaftigkeitsinterpretationen hin. Dr. M.\_\_\_\_ versuche nicht, die Schmerzen, welche er als ursächlich für die Einschränkungen angebe, mit objektivierbaren Kriterien zu korrelieren. Im Gegensatz dazu sei dies im Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2019 erfolgt und das Ausmass der Schmerzen diskutiert worden (vgl. Suva-act. 155). Dr. M.\_\_\_\_ hielt am 10. Dezember 2020 dazu selbst fest, nach seiner beruflichen Erfahrung seien Schmerzen subjektiv. Wenn man die Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ lese, habe man eigentlich einen gut funktionierenden, normalen linken Fuss. Das letzte MRI des OSG links vom 24. Juni 2019 spreche aber eine andere Sprache (act. G1.3). Dieses MRI hatte im Wesentlichen stationäre postoperative Veränderungen mit Knorpeldegenerationen zur Darstellung gebracht. Ausserdem hatte sich eine neu aufgetretene geringe Knochenmarksreaktion im Os cuneiforme laterale, "Differentialdiagnose im Rahmen einer Fehlbelastung, Differentialdiagnose degenerativ" ergeben (Suva-act. 146). Dr. M.\_\_\_\_ führte diesbezüglich aus, es sei anzunehmen, dass sich die Knorpel-/Knochensituation am OSG nicht verbessert habe, und das wahrscheinlich durch eine Fehlbelastung bedingte Knochenmarksödem im Os cuneiforme laterale sei von den Kreisärzten nicht berücksichtigt worden (act. G1.3). Sowohl Dr. G.\_\_\_\_ als auch Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ hatten jedoch Kenntnis vom genannten MRI (vgl. Suva-act. 183-2, 226-2, 230-1). Obwohl sie sich nicht ausführlich dazu äusserten, ist davon auszugehen, dass sie den diesbezüglichen Befund bei ihrer Beurteilung berücksichtigten.

**2.6.** Weiter befand Dr. O.\_\_\_\_, bezüglich des Medikamentenkonsums ergebe sich anamnestisch keine Übereinstimmung zwischen den kreisärztlichen Untersuchungen vom 5. November 2019 und 11. August 2020. Vielmehr weise der von der Beschwerdeführerin geschilderte verringerte Schmerzmittelkonsum eher auf eine zwischenzeitliche Besserung des Beschwerdebildes hin. Der erwähnte Medikamentenkonsum liesse sich zum Beispiel anhand von Rechnungsnachweisen oder Spiegelbestimmungen objektivieren (Suva-act. 230). Vorliegend besteht jedoch entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kein Anlass für die erwähnte Spiegelbestimmung, da keine Zweifel an ihren anamnestischen Angaben betreffend den Medikamentenkonsum vorliegen.

**2.7.** Soweit Dr. M.\_\_\_\_ am 10. Dezember 2020 bemängelte (act. G1.3), Dr. N.\_\_\_\_ habe festgehalten, die freie Gehstrecke betrage circa 30 Minuten oder drei Kilometer (vgl. Suva-act. 226-3), handelt es sich dabei um eine unglückliche Formulierung. Es ist offensichtlich nicht plausibel, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Einschränkungen drei Kilometer in 30 Minuten gehen kann. Ihre anlässlich der kreisärztlichen



Untersuchung vom 11. August 2020 gemachten Angaben sind dahingehend zu interpretieren, dass sie in der Lage war, entweder 30 Minuten oder ca. drei Kilometer zu gehen bzw. sie die Distanzen nicht exakt einschätzen konnte. Ebenso handelt es sich bei der Angabe von Dr. N.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin eine Gefühlsstörung im gesamten rechten Fuss bis Mitte Unterschenkel links ("sockenförmig") angebe (vgl. Suva-act. 226-4), um einen offensichtlichen Fehler in der Seitenangabe (richtigerweise beides links), welche die Beweiskraft des Berichts von Dr. N.\_\_\_\_ entgegen der Ansicht von Dr. M.\_\_\_\_ (act. G1.3) nicht schmälert.

**2.8.** Dr. M.\_\_\_\_ verwies in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2020 auch auf den Bericht der behandelnden Ärztinnen der Klinik I.\_\_\_\_ vom 6. März 2019 (act. G1.3). Diese hatten befunden, die Beschwerdeführerin sei nach Austritt aus der Klinik ab 2. März 2019 zu 50 % arbeitsfähig für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit. Ab dem 17. März 2019 solle die weitere Beurteilung und eventuelle Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch den nachbehandelnden Arzt erfolgen. Sie verschrieben der Beschwerdeführerin weitere ambulante Physiotherapie und medizinische Trainingstherapie zur Steigerung der Mobilität und Kraft (Suva-act. 111). Daraus ist zu schliessen, dass sie der Beschwerdeführerin lediglich unmittelbar nach dem Austritt aus der Klinik eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierten und im weiteren Verlauf mit entsprechender Behandlung von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgingen bzw. eine solche zumindest nicht ausschlossen. Die Einschätzung der behandelnden Ärztinnen der Klinik I.\_\_\_\_ stellt die spätere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Kreisärzte damit nicht in Frage.

**2.9.** Insgesamt sind die Stellungnahmen von Dr. M.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin im Übrigen nicht persönlich untersucht hat, nicht geeignet, die überzeugenden Einschätzungen der Kreisärzte in Frage zu stellen. Dasselbe gilt auch für die Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit.

### **3.**

Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

**3.1.** Die Beschwerdeführerin war vor ihrem Unfall zuletzt als Mitarbeiterin in der Werkstatt bei der B.\_\_\_\_ AG tätig (Suva-act. 1). Gemäss Angaben der Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2019 dort einen Monatslohn von Fr. 3'650.-- (mal



13) sowie eine monatliche Zulage von Fr. 250.-- erhalten (Suva-act. 138). Daraus resultiert ein Einkommen von Fr. 50'450.-- (Fr. 3'650.-- x 13 + Fr. 250.-- x 12).

**3.2.** Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht für dessen Ermittlung der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage 2020, Art. 16 N 66 f.). Da der Beschwerdeführer nur noch Hilfsarbeiterinnen-tätigkeiten zumutbar sind, rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen, zu bestimmen. Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2018 auf Fr. 4'371.-- monatlich bzw. Fr. 52'452.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (2019, total) und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2019 (Index 2018: 2'732, 2019: 2'759) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 55'222.--. Bei den LSE-Daten handelt es sich allerdings lediglich um statistische Durchschnittswerte, was sich daran zeigt, dass die Beschwerdeführer im vorliegenden Fall als Gesunde in einem Pensum von 100 % ein unter dem LSE-Wert liegendes Einkommen erzielt hätte (vgl. E. 3.1). Da die Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Beschwerdeführer freiwillig auf ein höheres Einkommen verzichtet hat, ist anzunehmen, dass die Unterdurchschnittlichkeit ihres Valideneinkommens auf die für die Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigenden Zwänge des realen Arbeitsmarktes zurückzuführen ist. Aus diesem Grund ist das Valideneinkommen auf den LSE-Lohn anzuheben. Da demnach im vorliegenden Fall sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Lohn für ein Pensum von 100 % zugrunde zu legen ist, kann der Einkommensvergleich anhand des sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar 2017, 9C\_734/2016, E. 4.1, mit Hinweis).

**3.3.** Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohn-mässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe



haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Wie Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ festhielten, hat die Beschwerdeführerin gewisse qualitative Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit (vgl. Suva-act. 183, 226. E. 2.2). Sie ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmerinnen damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsens, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Es rechtfertigt sich vorliegend, den Tabellenlohnabzug - wie von der Beschwerdegegnerin zugestanden (vgl. Suva-act. 198, 233) - auf 5 % festzusetzen. Für einen weitergehenden Abzug besteht kein Raum.

**3.4.** Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten und unter Berücksichtigung eines 5%igen Tabellenlohnabzugs ergibt sich im Rahmen eines Prozentvergleichs ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 5 % (0 % + [5 % von 100 %]).

#### 4.

Schliesslich ist die Höhe des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin sprach ihr eine solche basierend auf einem Integritätsschaden von 15 % zu (Suva-act. 198, 233).

**4.1.** Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei einem gleichen medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis).



**4.2.** Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ beurteilte am 5. November 2019, das Defizit der Beschwerdeführerin entspreche einer mässiggradigen Arthrose im USG und OSG. Die Suva-Tabelle 5 "Integritätsschaden bei Arthrosen" sehe für eine mässiggradige Sprunggelenksarthrose einen Spielraum von 10 bis 30 % ("Panarthrose OSG/USG") vor. Er schätze den Integritätsschaden daher auf 15 % (Suva-act. 184). Dr. N.\_\_\_\_ befand am 18. August 2020, obwohl radiologisch noch keine Arthrose im OSG oder USG nachweisbar sei, habe Dr. G.\_\_\_\_ in Analogie zu einer mässiggradigen Arthrose den Integritätsschaden unter Berücksichtigung der Schmerzsymptomatik auf 15 % geschätzt. Dies bleibe unverändert (Suva-act. 226). Auch Dr. O.\_\_\_\_ bestätigte am 22. September 2020 die Schätzung des Integritätsschadens. Er führte aus, unfallbedingt bestehe eine osteochondrale Läsion. Zeichen einer über eine mittlere Arthrosepathologie hinausgehenden Veränderung seien nicht vorhanden. Wenn man eine Schmerzkomponente hinzuaddieren wolle, könne man in Analogie den von Dr. G.\_\_\_\_ formulierten Wert von 15 % erreichen (Suva-act. 230).

**4.3.** Dr. M.\_\_\_\_ führte am 27. Mai 2020 aus, ein Integritätsschaden von 15 % entspreche gemäss Suva-Tabelle 5 der Hälfte des Listenfalles für eine Panarthrose OSG/USG für eine mässige Arthrose. Dr. G.\_\_\_\_ begründe die 15 % mit einem eher mässigen "Defizit" im linken Fuss. Das durch das Trauma entstandene "Defizit" am linken Fuss sei aber erheblich, so dass doch ein Integritätsschaden von 25 % gerechtfertigt sei (Suva-act. 220). Dr. M.\_\_\_\_ begründete seine abweichende Einschätzung jedoch nicht überzeugend. Zudem wies Dr. O.\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass das von Dr. M.\_\_\_\_ angegebene "erhebliche Defizit" weder in der Funktion der Beweglichkeit noch im radiologischen Befund zu objektivieren sei (Suva-act. 230). Am 10. Dezember 2020 hielt Dr. M.\_\_\_\_ lediglich fest, die kreisärztliche Schätzung eines Integritätsschadens von 15 % sei nicht nachvollziehbar. Er begründete dies jedoch nicht und gab keine eigene Schätzung ab (act. G1.3).

**4.4.** Die Stellungnahmen von Dr. M.\_\_\_\_ sind damit nicht geeignet, die kreisärztlichen Einschätzungen eines Integritätsschadens von 15 % in Frage zu stellen.

## 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**5.2.** Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 82a ATSG noch anwendbaren Fassung).



**5.3.** Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.