

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2022 7

## Entscheid vom 16. Mai 2022

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B.\_\_\_\_\_

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach,  
6002 Luzern,  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. C.\_\_\_\_\_

---

Gegenstand

Unfallversicherung (UV Invalidenrente)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ war arbeitslos und dadurch bei der Suva nach UVG unfallversichert als sie am 10. Mai 2018 zuhause von einer Zweitrittleiter (zweite Stufe) stürzte und sich das rechte Fussgelenk verletzte (Vi-act. 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte für die Folgen des Nichtberufsunfalls Versicherungsleistungen (Vi-act. 3).

**B.** Am 15. Mai 2018 wurde A.\_\_\_\_\_ durch Dr.med. D.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt der Klinik Chirurgie des Spitals E.\_\_\_\_\_) bei Pilonotibialer Fraktur OSG rechts operiert (Offene Reposition mediale und anteriore Plattenosteosynthese) (Vi-act. 9, 15f.). Vom 21. August 2018 bis 9. Oktober 2018 hielt sich A.\_\_\_\_\_ zur Rehabilitation in der F.\_\_\_\_\_ (Klinik) auf (Vi-act. 49).

**C.** Nach weiteren medizinischen Untersuchungen und Behandlungen erfolgte am 6. Februar 2020 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (Vi-act. 138). Gleichentags teilte die Suva A.\_\_\_\_\_ mit, dass aus medizinischer Sicht stabile Verhältnisse erreicht wurden, weshalb der Fallabschluss mit Prüfung der Rentenfrage vorzunehmen sei. Eine Metallentfernung stehe seit einiger Zeit zur Diskussion. Sollte sich A.\_\_\_\_\_ für eine solche entscheiden, sei ein baldiger Operationstermin festzulegen. Sollte sie sich gegen eine solche entscheiden, werde der Fallabschluss per 31. März 2020 vorgenommen und Taggeldleistungen per diesem Datum eingestellt (Vi-act. 137).

**D.** Mit Operation vom 26. Mai 2020 erfolgte bei A.\_\_\_\_\_ die Neurolyse und Dekompression des N. peroneus profundus sowie die Entfernung der anterioren und medialen distalen Tibia-Platte am OSG rechts (Vi-act. 158).

**E.** Mit Schreiben vom 7. Oktober 2020 teilte die Suva A.\_\_\_\_\_ mit, dass aus medizinischer Sicht stabile Verhältnisse erreicht seien, dass mit einer erheblichen Zustandsverbesserung nicht mehr zu rechnen sei und daher der Fall abgeschlossen und die Ausrichtung weitergehender Leistungen geprüft werde. Das Taggeld werde noch bis und mit 31. Oktober 2020 ausbezahlt. Ab diesem Datum würden die Taggeldleistungen eingestellt (Vi-act. 183).

**F.** Mit Verfügung vom 19. Oktober 2020 hat die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneint, hingegen einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 15% bejaht (Vi-act. 190).

**G.** Gegen die Verfügung vom 19. Oktober 2020 liess A.\_\_\_\_\_ am 17. November 2020 vorsorglich Einsprache erheben mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 19. Oktober 2020 vollumfänglich aufzuheben, es sei festzustellen,

dass der Einsprecherin auf dem Arbeitsmarkt eine leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen ganztägig nicht zumutbar sei und ihr somit die gesetzlichen Leistungen auszurichten seien, und es seien der Einsprecherin bzw. dem Unterzeichnenden sämtliche Akten zuzustellen und eine Nachfrist zur ergänzenden Begründung anzusetzen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Einsprachegegnerin (Vi-act. 203).

**H.** Am 7. Dezember 2020 liess A. \_\_\_\_\_ die begründete Einsprache einreichen und beantragen, die Verfügung vom 19. Oktober 2020 sei aufzuheben und die gesetzlichen und allfälligen vertraglichen Leistungen seien auszurichten; eventualiter sei ein orthopädisches und neurologisches Gutachten einzuholen und hernach neu über die Leistungen zu entscheiden (Vi-act. 209).

**I.** Nach einer orthopädischen sowie neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung an der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) vom 6. Januar 2021 (Vi-act. 224) erfolgte am 29. Juli 2021 eine neurologische und orthopädisch-chirurgische Beurteilung durch die versicherungsmedizinische Abteilung der Suva (Vi-act. 237), an welcher mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2021 festgehalten wurde (Vi-act. 256).

**J.** Der Einspracheentscheid der Suva vom 10. Januar 2022 lautet wie folgt (Vi-act. 262):

1. Die Einsprache wird insofern teilweise gutgeheissen, als die Heilkosten und Taggelder auch für den Zeitraum vom 1. November 2020 bis 5. Januar 2021 auszurichten sind. Im Übrigen wird die Einsprache abgewiesen.
2. Einer allfälligen Beschwerde gegen diesen Entscheid wird die aufschiebende Wirkung entzogen.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben; eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.
4. Zustellung.

**K.** Am 2. Februar 2022 lässt A. \_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 10.01.2022 sei aufzuheben;
2. Der Beschwerdeführerin sei eine volle Rente zuzusprechen;
3. eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine Rente um Umfang eines Invaliditätsgrad von mind. 15% auszurichten;  
unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

**L.** Mit Vernehmlassung vom 7. März 2022 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde vom 2. Februar 2022 sei vollumfänglich abzuweisen. Die Replik der Beschwerdeführerin erfolgte am 18. März 2022.

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

1. Die Vorinstanz hat das Unfallereignis vom 10. Mai 2018 und ihre daraus folgende Leistungspflicht anerkannt. Mit Verfügung vom 19. Oktober 2020 hat die Vorinstanz einen Anspruch auf Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 15% bejaht, was von der Beschwerdeführerin ausdrücklich nicht bestritten wurde bzw. wird (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 2.2.2022 S. 4 Ziff. 11). Mit Einspracheentscheid vom 10. Januar 2022 stellte die Vorinstanz die Leistungen per 5. Januar 2021 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Ablehnung eines Rentenanspruchs durch die Vorinstanz zu Recht erfolgt ist.

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt.

**2.2.1** Ist eine versicherte Person infolge des Unfalles mindestens zu 10% invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Invaliditätsgrad entspricht der prozentualen Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen (vgl. Hürzeler/Caderas, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht [nachfolgend: KOSS], UVG, Bern 2018, Art. 18 UVG Rz. 7).

**2.2.2** Das Valideneinkommen ist dasjenige Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für seine Ermittlung ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit

ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar, war die versicherte Person zur Zeit des Unfalls arbeitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle auch ohne den Unfall in der Zeit bis zum Rentenbeginn verloren, so können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2; BGE 135 V 297 Erw. 5.1; BGE 134 V 322 Erw. 4.1; BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1; Urteil BGer 9C\_472/2020 vom 17.11.2020 Erw. 2.2; vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 126 f.; Gächter/Egli/Meier/Filippo; Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung; Rechtsgutachten 2021, Rz. 294 ff.).

**2.2.3** Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 143 V 295 Erw. 2.2; BGE 135 V 297 Erw. 5.2; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130; Urteil BGer 8C\_603/2020 vom 4.12.2020 Erw. 3.2). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1).

**2.2.4** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25% nicht übersteigen (Urteil BGer 8C\_829/2019 vom 6.3.2020 Erw. 4.3.1 m.H. auf BGE 135 V 297 Erw. 5.2).

**2.3** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen

vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

**2.4** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**2.5.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**2.5.2** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Be-

stehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen). Anzuführen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C\_774/2020 vom 19.2.2021 Erw. 2.2).

**2.5.3** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**2.5.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**3.1.1** In der ärztlichen Abschlussuntersuchung durch Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) vom 6. Februar 2020 wurden folgende Diagnosen festgehalten (Vi-act. 138):

1. Unfallabhängig:

Pilontibialfraktur rechtes OSG vom 10.05.2018 - osteosynthetisch versorgt

- Irritation des Nervus peroneus profundus
- Ausschluss CRPS
- Entwicklung eines neuropathischen chronischen Fusschmerzes rechts bei Schmerzverarbeitungsstörung, Anpassungsstörung mit längerdauernder depressiver Reaktion - am ehesten im Rahmen einer Somatisierung

2. Unfallunabhängig:

- Multiple insertionstendinopathische Schmerzen Becken- und Schultergürtelbereich
- Klinisch: beginnende mediale Gonarthrose bds. mit leichter Gelenkinstabilität

Die Beurteilung lautete wie folgt:

Die inzwischen 57-jährige Versicherte erlitt am 10.05.2018 eine Pilontibialfraktur, welche osteosynthetisch versorgt wurde. Nachfolgend kam es zu einer Irritation des Nervus peroneus profundus sowie zur Entwicklung einer chronischen Schmerzsymptomatik bei Schmerzverarbeitungsstörung und Somatisierungsstörung. Ein CRPS konnte ausgeschlossen werden.

In der kreisärztlichen Untersuchung vom 06.02.2020 konnten die von den vorbehandelnden Kollegen behobenen Befunde und Diagnosen bestätigt werden.

Im Aufenthalt der F. \_\_\_\_\_ (Klinik) vom 21.08. bis 09.10.2018 wurde bereits festgehalten, dass die psychische Störung im Sinne einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründet. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wurde damals als aktuell nicht zumutbar beschrieben (die Patientin hatte nach eigenen Angaben bereits seit 2017 keine Arbeit mehr und war arbeitslos). Nachdem die Versicherte bislang eine psychologische Betreuung ablehnte, sei sie nun doch im sozial-psychiatrischen Zentrum in E. \_\_\_\_\_ gewesen und habe dort zwei Sitzungen absolviert. Ein Bericht hierüber liegt uns noch nicht vor.

Im letzten Bericht von Herr Dr. D. \_\_\_\_\_ vom Spital E. \_\_\_\_\_ mit Datum vom 13.12.2019 wurde festgehalten, dass sich ohne eine erneute chirurgische Intervention - besprochen wurde mit der Versicherten bereits mehrfach die Möglichkeiten der OSME am rechten OSG - sehr wahrscheinlich an der Gesamtsituation nicht mehr viel ändern wird. Dieser Auffassung schlossen sich auch die Vorbehandler aus der U. \_\_\_\_\_ (Klinik) an.

Aus diesem Grund wurde der Zustand der Versicherten als stabil eingestuft, eine namhafte Verbesserung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit selbst durch die Entfernung der Platte und des Osteosynthesematerials nicht zu erreichen.

Die von der Versicherten vorgetragenen Beschwerden bzgl. des rechten Fusses sind infolge der bestehenden Muskelatrophie des rechten Unterschenkels durch anhaltendes Schonverhalten und Minderbelastung durchaus nachvollziehbar, die Gefühlsstörungen am Fuss muten eher diffus an, lassen sich aber durch die vorgängig von Dr. R. \_\_\_\_\_ am 15.3.2019 festgestellte Schmerzverarbeitungsstörung hinreichend erklären.

Die von der Versicherten anderweitig geklagten Beschwerden und Schmerzen in beiden Schultern wie auch in beiden Kniegelenken und im Rückenbereich sind rein vom klinischen Untersuchungsaspekt her überwiegend muskuloskelettaler und degenerativer Natur, erzeugten allerdings im Untersuchungsgang eine Akzentuierung seitens der Versicherten.

Die Zumutbarkeitsbeurteilung stellt rein auf die Unfallfolgen am rechten Fuss ab, ohne Berücksichtigung von Beruf, Alter, Geschlecht oder Herkunft der Versicherten. Danach wäre medizinisch-theoretisch eine leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen durchaus noch ganztätig zumutbar. Schweres Heben und Tragen über 10 Kilogramm sollte vermieden werden, Arbeiten in Hocke-Stellung sowie auf Leitern und Gerüsten sind ebenfalls nicht zumutbar. Ferner sind Gehstrecken, die mehr als 2x tgl. 500m mit 1xiger Sitzpause erfordern, nicht leistbar.

Eine Integritätsentschädigung ist geschuldet und wird auf gesondertem Formular festgehalten.

Behandlungen nach Fallabschluss sind aus kreisärztlicher Sicht aktuell nicht mehr zielführend und können daher sistiert werden. Wie die Versicherte selbst beschreibt, bringe ihr Ergo- und Physiotherapie keinen wesentlichen Gewinn. Eine Fortsetzung im sozialpsychiatrischen Zentrum zur Krankheitsbegleitung und Krankheitsbewältigung erscheint weiterhin sinnvoll.

Sollte die Versicherte sich doch noch zu einer Metallentfernung am rechten oberen Sprunggelenk zu einem späteren Zeitpunkt entschliessen, kann selbstverständlich ein Rückfall angemeldet werden.

Frau A. \_\_\_\_\_ ist mit der oben genannten Zumutbarkeit nicht einverstanden, sie sieht sich aufgrund ihrer multiplen Beschwerden, die im Untersuchungsbefund und in Kenntnis des Alters der Patientin als muskuloskelettal und degenerativ eingestuft werden müssen, nicht mehr in der Lage eine Tätigkeit zu verrichten. Eine gewisse Betonung der vielfach geklagten Beschwerden war während der gesamten Untersuchung zu verzeichnen.

Im Beisein des Casemanagers sowie - auf Wunsch der Versicherten - auch im Beisein des Ehemannes, wurde das weitere Vorgehen besprochen, die Versicherte wird sich nochmals melden, sofern sie eine Metallentfernung am rechten oberen Sprunggelenk in Betracht zieht.

Auch nach einer allfälligen OSME am rechten OSG wird sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder eine Änderung des Zumutbarkeitsprofils noch an der Integritätsentschädigung ergeben.

**3.1.2** In der Folge liess sich die Beschwerdeführerin am 26. Mai 2020 durch Dr.med. D. \_\_\_\_\_ operieren. Dieser nahm die Neurolyse und Dekompression des N. peroneus profundus sowie die Entfernung der anterioren 3.5 T-Platte und der medialen 3.5 distalen Tibia-Platte OSG rechts vor. Im Operationsbericht wurde u.a. festgehalten, dass der N. peroneus superficialis proximal dargestellt werden könne, sich dann jedoch in der Narbe verliere und nach distal nicht mehr verfolgt werden könne. Der N. peroneus profundus werde auf der gesamten Strecke im Operationsbereich dargestellt und mit Neurolyse befreit. Er sei sehr nah an der Platte und in der Narbe eingebackten gelegen. Hier sei es sicher zu einer Verbesserung im Sinne der Dekompression des Nervs gekommen (Vi-act. 158). Im Sprechstundenbericht vom 22. Juli 2020 hielt Dr.med. D. \_\_\_\_\_ fest, dass der erwähnte Revisionseingriff keine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik erbrachte (Vi-act. 163).

**3.1.3** In der Folgekonsultation bei der Schmerzambulanz des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 25. August 2020 hielt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (Oberarzt mbF FA SSIPM/ SPS) bei den Schmerzdiagnosen (Vi-act. 168):

**1. Chronic peripheral neuropathic pain ICD-11 MG30.51**

- Chronische neuropathische Fusschmerzen rechts
- Schmerzen im gesamten Unterschenkel und Fuss, aber neuropath. Komponente insb. im Bereich N. peroneus rechts
- klin.-anamn. am 19.02.2019 und am 17.02.2020 Budapest-Kriterien nicht erfüllt
- Operationen:
  - ORIF OSG rechts bei Pilonitibiale Fraktur OSG rechts AO 43 C2.1 QR 05/2018
  - Metallentfernung und Neurolyse des N. peroneus profundus rechts am 26.05.2020
- Interventionen:
  - Negative diagn. PNB N. peroneus communis rechts am 07.05.2019, Dr. H. \_\_\_\_\_: Hypästhesie, aber weiterhin Schmerzempfindung.
  - Negative diagn.-therap. PNB N. peroneus superficialis am 14.06.2019, Dr. V. \_\_\_\_\_.
  - Negative diagn. PNB N. peroneus communis rechts am 18.06.2019, Dr. H. \_\_\_\_\_

**2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41**

- DD Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion

**3. Hypercholersterinämie**

**4. Adipositas I**

in der Beurteilung fest, dass weiterhin eine unveränderte Schmerzsymptomatik an der rechten unteren Extremität vorliege. Es lägen eine neuropathische Positiv- und Negativsymptomatik im Bereich des Nervus peroneus profundus als auch Nervus saphenus rechts; Pin Prick Hyperalgesie und Dysästhesien sowie taktile Allodynie vor. Letztere scheine etwas stärker ausgeprägt zu sein als im Frühling. Insgesamt sei die Situation infolge der ausgeprägten Schmerzverarbeitungsstörung aber schwer zu fassen. Die Medikamente seien seit seiner letzten Konsultation mehrfach angepasst worden. Zeitweise habe die Beschwerdeführerin (vor der Operation) keine Analgetika mehr eingenommen und sie habe ausgeprägte (allergische?) Nebenwirkungen gehabt. Soweit retrospektiv zu beurteilen, scheine aber auch zu diesem Zeitpunkt eine psychische Überlagerung vorgelegen zu haben. Neben medikamentöser Anpassung empfehle er weiterhin dringend die Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

Am 29. September 2020 erfolgte die Abschlusskonsultation durch Dr.med. H. \_\_\_\_\_, nachdem sich die Beschwerdeführerin eine psychotherapeutische Mitbehandlung sowie antidepressive Therapie weiterhin nicht vorstellen könne

und er ihr mit Ausnahme von medikamentösen Anpassungen, welche die Patientin aktuell nicht wünsche, nichts anbieten könne (Vi-act. 177).

**3.1.4** Auch Dr.med. D.\_\_\_\_\_ schloss die Behandlung mit Bericht vom 1. Oktober 2020 ab. Der Revisionseingriff habe keine Verbesserung der Symptomatik erbracht und auch die Schmerzbehandlung sei ohne deutliche Verbesserung der Symptomatik pausiert worden. Seiner Ansicht nach habe sich ein verbleibender posttraumatischer Schaden eingestellt. Eine Verbesserung sehe er als sehr unwahrscheinlich (Vi-act. 179).

**3.1.5** Am 6. Oktober 2020 bejahte der Versicherungsmediziner W.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie) gegenüber der Vorinstanz weiterhin die Gültigkeit des Berichtes über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 6. Februar 2020 unter Berücksichtigung der vorstehend erwähnten medizinischen Unterlagen (Vi-act. 181).

**3.2.1** Mit Verfügung vom 19. Oktober 2020 (Vi-act. 190) hat die Vorinstanz festgehalten, die medizinischen und erwerblichen Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherten die ursprüngliche Tätigkeit als Raumpflegerin unfallbedingt nicht mehr zumutbar sei. Somit komme der ärztlichen Beurteilung, inwieweit die Leistungsfähigkeit der Versicherten durch den fraglichen Unfall eingeschränkt sei, erhöhtes Gewicht zu. Namentlich was die noch zumutbare Arbeitsleistung betreffe.

Aus medizinischer Sicht sei der Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen durchaus noch ganztägig zumutbar. Schweres Heben und Tragen über 10 Kilogramm sollte vermieden werden, Arbeiten in Hocke-Stellung sowie auf Leitern und Gerüsten seien ebenfalls nicht zumutbar. Ferner seien Gehstrecken, die mehr als 2 x 500m tgl. mit 1 x iger Sitzpause erfordern würden, nicht leistbar.

Für die Bestimmung des massgebenden Invaliditätsgrades hat die Vorinstanz im Einkommensvergleich auf folgende Einkommen abgestellt. Das Einkommen ohne Unfallfolgen entspreche dem Lohn, den die Versicherte heute bei der angestammten Tätigkeit verdienen könnte. Hierzu hat die Vorinstanz die Tabelle gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik TA1 (94-96 Erbringung von sonst. Dienstleistungen, Kompetenzniveau 1, Frauen, Fr. 4'101 x 12 : 40 x 41.7 + je 0.9% Teuerung für 2019 und 2020) hinzugezogen und ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 52'231.-- berechnet. Für das Einkommen mit unfallbedingter, Einschränkungen hat die Vorinstanz ebenfalls auf dieselbe LSE-Tabelle TA1 abgestellt (jedoch den alle Sektoren betreffend Totallohn von Fr. 4'371.-- verwendet) und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5% ein Invalideneinkommen von Fr. 52'886.--

(Fr. 4'371.-- x 12 : 40 x 41.7 + je 0.9% Teuerung für 2019 und 2020) berechnet. Daraus resultierte eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von minus Fr. 655.-- bzw. ein Invaliditätsgrad (IV-Grad) von minus 1%. Dementsprechend hielt die Vorinstanz fest, dass eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht vorliege, weshalb keine Invalidenrente ausgerichtet werden könne.

Aufgrund der vorhandenen Unterlagen würden allfällige psychogene Störungen nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Ereignis stehen, weshalb diesbezügliche Leistungen entfallen würden.

**3.2.2** Mit Einsprache vom 17. November 2020 bestritt die Beschwerdeführerin, dass aus medizinischer Sicht eine leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen ganztätig zumutbar sei (Vi-act. 203).

Am 4. und 18. Dezember 2020 ersuchte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin), welchen die Beschwerdeführerin am 1. Dezember 2020 erstmalig aufsuchte, die Vorinstanz um Durchführung einer kreisärztlichen Untersuchung (Vi-act. 207, 216).

Mit Einspracheergänzung vom 7. Dezember 2020 bestritt die Beschwerdeführerin, dass der medizinische Endzustand erreicht sei und von einer weiteren medizinischen Behandlung keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten sei. Auch das Zumutbarkeitsprofil könne aktuell nicht endgültig beurteilt werden, da unklar sei, ob medizinisch der Endzustand erreicht sei. Die Versicherte leide nach wie vor an erheblichen Beschwerden. Sie sei nach wie vor auf einen Gehstock angewiesen und habe ein Taubheitsgefühl im ganzen Fuss. Deshalb habe sie sich für eine Zweitmeinung an Dr.med. I. \_\_\_\_\_ gewandt. Dieser habe in seinem Bericht (an die T. \_\_\_\_\_ (Klinik)) vom 4. Dezember 2020 festgehalten, dass es zu einer nachgewiesenen Nervenschädigung von Seiten des N. tibialis posterior und anterior gekommen sei. Diese Nervenverletzung sei auch intraoperativ anlässlich der OSME beschrieben worden (vgl. vorstehende Erw. 3.1.2). Diesem Umstand sei aus kreisärztlicher Sicht deutlich zu wenig bzw. gar keine Beachtung geschenkt worden. Vielmehr erweise sich die Beurteilung vom 6. Oktober 2020 als unfundiert, den Operationsbefund ausser Acht lassend. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ vertrete deshalb die Meinung, dass eine eingehende Beurteilung durch das Fussteam der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) durchgeführt werden solle und das Ergebnis abzuwarten sei (Vi-act. 209f.).

**3.3.1** Gemäss der Einschätzung von Dr.med. D. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2020 erscheint die kreisärztliche Beurteilung, wonach der Patientin eine ganztätig sitzende Tätigkeit zumutbar sei, als zu positiv. Auch die Gehstrecke von 2 x

500m sei aktuell und auch in Zukunft wohl eher nicht zu leisten. Aktuell gebe die Patientin die Schmerzen so stark an, dass hier auch eine rein sitzende Tätigkeit überhaupt nicht möglich sei (Vi-act. 211).

**3.3.2** In einer weiteren Beurteilung vom 21. Dezember 2020 hielt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ u.a. fest, dass es im Rahmen der traumatischen distalen Tibifaktur rechts zu einer Teilläsion des Nervus peroneus profundus gekommen sei und sich hierdurch ein peripherer neuropathischer Schmerz entwickelt habe. Dieser habe typische neuropathische Positiv- und Negativsymptome, welche durch zentrale, auf Rückenmarksebene, bestehende neurophysiologische Veränderungen zurückzuführen seien. Zwei Jahre nach Trauma sei nicht mehr von einer vollumfänglichen Regredienz der neuropathischen Veränderungen (zentrale Sensibilisierung) auszugehen. Hierfür würden auch die negativen diagnostischen peripheren Nervenblockaden sprechen. Auf Basis dessen seien die therapeutischen Optionen limitiert. Die psychosoziale Situation sowie das Unverständnis über die zugrundeliegenden Prozesse würden die Behandlung zusätzlich erschweren. Bezüglich der Einschätzung der IV könne sich Dr.med. H.\_\_\_\_\_ der Einschätzung von Dr.med. D.\_\_\_\_\_ anschliessen, dass eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit sicher nicht gegeben, sondern eine angepasste Tätigkeit anzustreben sei. Aufschluss über den Grad könnte eine arbeitsmedizinische Beurteilung sowie neurologische Re-Evaluation liefern (Vi-act. 215).

**3.3.3** Am 6. Januar 2021 wurde die Beschwerdeführerin von PD Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Paraplegie, Facharzt für Neurologie, T.\_\_\_\_\_ (Klinik)) neurologisch und neurophysiologisch untersucht (Vi-act. 224). Gemäss Beurteilung bestehe klinisch und anamnestisch ein chronifiziertes, in weiten Anteilen neuropathisches Schmerzsyndrom des Fusses posttraumatisch nach bekannter Nervenverletzung, mit Schwerpunkt des N. peroneus superficialis und geringen plantaren N. tibialis-Anteilen rechts. Etwas diskrepant mit der Ausprägung der Schmerzintensität fänden sich weitgehend normale neurographische Messungen mit Ausnahme der sensiblen N. peroneus-Ableitung rechts, was die oben genannte Einschätzung stütze.

Gleichen tags beurteilten Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Oberarzt Orthopädie, T.\_\_\_\_\_ (Klinik)) und Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (Assistenzarzt Orthopädie) die Beschwerden als grossteils neuropathisch im Rahmen der Nervenläsion sowie im Rahmen der posttraumatischen OSG-Degeneration. Es sei eine diagnostisch-therapeutische Infiltration des OSG sowie eine Aktualisierung der MRI-Untersuchung vorgesehen (Vi-act. 223). Gemäss Bericht vom 25. Februar 2021 von Dr.med. K.\_\_\_\_\_ ergaben sich beim gleichentags erfolgten MRI OSG/Rückfuss diskrete degenerative Veränderungen, jedoch keine ausgeprägte

Arthrose des OSG. Aus chirurgisch-orthopädischer Sicht könnte im Sinne der Arthrose zwar eine Prothese oder Arthrodese erfolgen, der Erfolg der Behandlung sei jedoch nach Nichtansprechen auf die Infiltration fraglich. Es erfolgte deshalb die Zuweisung an den Schmerzspezialisten im Hause (Vi-act. 225).

In der Folge beurteilte am 30. März 2021 Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Teamleiter Schmerztherapie, Anästhesie, Fa Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, T.\_\_\_\_\_ (Klinik)) einen vermutlich nach wie vor gemischt nozizeptiv - neuropathischen Schmerz. Eine klare Zuordnung bei wahrscheinlicher Schmerzausweitung im Verlauf bleibe sehr schwierig. Als klaren Befund könne ein Neurom im distalen Verlauf des N. peroneus profundus rechts, vermutlich durch eine Verletzung desselben, dargestellt werden. Zudem scheine eine Irritation (oder Verletzung) des N. tibialis im Bereich der medialen Narbe gut möglich, bei deutlich eingeschränkter Ultraschallqualität sonographisch aber nicht weiter beurteilbar (Vi-act. 227). Am 26. Mai 2021 führte Dr.med. M.\_\_\_\_\_ eine ultraschallkontrollierte diagnostische Blockade des N. peroneus profundus rechts (Vi-act. 231) und am 2. Juni 2021 eine Blockade des N. tibialis rechts (Vi-act. 232) durch. Eine Evaluation des Effektes der Infiltrationen war jedoch bei der Verlaufskontrolle vom 30. Juni 2021 sprachlich bedingt sowie aufgrund widersprüchlicher Dokumentationen stark beeinträchtigt, weshalb Dr.med. M.\_\_\_\_\_ weitere Infiltrationstermine zur Blockade der erwähnten Nerven plante (Vi-act. 234).

**3.3.4** Am 29. Juli 2021 erfolgte eine neurologische und orthopädisch-chirurgische Beurteilung durch die Suva-Versicherungsmediziner Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) und Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Facharzt für Chirurgie FMH) (Vi-act. 237). Mit Verweis auf die Vorgeschichte in der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 6. Februar 2020 sowie unter Berücksichtigung der aktuellen Aktenlage erfolgte nach einer Beurteilung zusammenfassend eine Schlussfolgerung sowie die Beantwortung der Fragen der Vorinstanz (Vi-act. 237).

#### **Neurologische Schlussfolgerung**

Die Versicherte leidet nach Pilon-Tibiale-Fraktur rechts von 10.05.2018 unter einem Schmerzsyndrom, das bislang einem chronischen neuropathischen Schmerzsyndrom des N. peroneus superficialis rechts und von Hautendästen des N. tibialis rechts zugeordnet wurde. Ein motorisches Defizit liegt nicht vor. Das Beschwerdebild wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer psychiatrischen Begleiterkrankung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung modifiziert.

(...)

#### **Orthopädisch-chirurgische Schlussfolgerung**

(...)

Die von der Versicherten beklagten Beschwerden können, wenn überhaupt nur zu einem sehr kleinen Bruchteil dem oberen Sprunggelenk zugeordnet werden. Radiologisch findet sich am 03.07.2019, rund ein Jahr postoperativ, eine konsolidierte Pilon-Fraktur mit anatomisch rekonstruiertem Gelenk was radiologisch im Verlauf mehrfach bestätigt wird.

Die klinische Untersuchung vom 06.01.2021 an der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) dokumentiert den gleichen Bewegungsumfang des OSG rechts wie Herr Dr. D. \_\_\_\_\_ bereits am 01.10.2020, nämlich eine Extension/Flexion von 10/0/30°.

Aus orthopädischer Sicht ist klinisch somit der Endzustand mit der Konsultation vom 01.10.2020 erreicht. Da aber nach dem 26.05.2020 bis zum 05.01.2021 keine Bildgebung im Dossier bzw. PACS ersichtlich ist, kann erst mit der Bildgebung per 06.01.2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Endzustand ausgegangen werden.

Der Eingriff vom 26.05.2020 hat die Beweglichkeit im OSG weder wesentlich verbessert noch verschlechtert. Ausserdem ist es zwischen der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 06.02.2020 und der Bildgebung vom 06.01.2021, wie bereits vorgängig erwähnt, zu keiner rasch progredienten Arthrose des OSGs gekommen. Somit hat das am 06.02.2020 erstellte Zumutbarkeitsprofil auch nach dem Eingriff vom 26.05.2020 die volle Gültigkeit.

### **Beantwortung der Fragen**

1) *Kann auch in Anbetracht der nach Erlass der Verfügung vom 19.10.2020 eingegangenen Berichte davon ausgegangen werden, dass der Endzustand per Oktober 2020 erreicht war?*

Aus neurologischer Sicht war der Endzustand per Oktober 2020 erreicht. Die medizinischen Massnahmen in der Folgezeit haben das qualitative und quantitative Ausmass der Unfallfolgen nicht mehr verändert. Aus orthopädischer Sicht ist mit der Bildgebung am 06.01.2021 der Endzustand erreicht.

2) *Ergeben sich aus diesen Berichten Änderungen hinsichtlich Zumutbarkeitsprofil?*

Von Seiten der Ärzte, die die Versicherte am längsten behandelt haben, nämlich den Ärzten aus dem Spital E. \_\_\_\_\_, wird in deren Abschlussberichten festgestellt, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht vorliege. Angesichts der beschriebenen Schmerzen erscheine auch eine sitzende, ganztägige Tätigkeit nicht möglich zu sein, ebenso sei die Gehstrecke von 2 x 500 m zu optimistisch eingeschätzt worden. Dieser Einschätzung ist aus neurologischer und orthopädischer Sicht nicht zu folgen. In die Beurteilung der unfallbedingten Zumutbarkeit müssen die unfallbedingten von den unfallunabhängigen Anteilen, wie sie oben berichtet wurden, differenziert werden. In den Berichten des T. \_\_\_\_\_ (Klinik) wird dazu nur in der neurologischen Beurteilung Stellung genommen und auf die Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und klinischen Beschwerden verwiesen. Eine Änderung im Zumutbarkeitsprofil lässt sich nicht begründen.

3) *Ist eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar?*

Ja.

4) *Sind Gehstrecken von nicht mehr als 2x 500m täglich mit einmaliger Sitzpause zumutbar?*

Ja.

5) *Ergeben sich aus den Ergebnissen der Neurolyse vom 26.05.2020 Änderungen hinsichtlich Zumutbarkeit? Falls nein, weshalb nicht. Falls ja, inwiefern?*

Nein. Die Neurolyse hat zu keiner Änderung im Schmerzerleben oder der funktionellen Belastungsfähigkeit des betroffenen Fusses geführt. Der Bewegungsumfang im OSG ist konstant geblieben. Somit hat sie auch keine Auswirkung auf die Zumutbarkeit gehabt.

**3.3.5** Gemäss Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 3.9.2021, Vi-act. 249) besteht weiterhin ein ausgeprägtes neuropathisches Schmerzbild im Bereich des rechten Fusses, ohne Besserungstendenz auf die durchgeführten Therapien. Die Patientin sei weiterhin lediglich an zwei Stöcken mobilisierbar. Die Beurteilung der Vorinstanz, sowohl von neurologischer wie auch orthopädischer Seite sei nicht hinnehmbar. Selbst die Beurteilung des Spitals E. \_\_\_\_\_, welches keine 100%-ige Arbeitsfähigkeit mehr als möglich erachte, werde hierbei negiert. Aufgrund der nachgewiesenen Beschwerden sei sicherlich keine 100%-ige Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Die Gehstrecke an zwei Stöcken solle unter 500m liegen. Es sei allenfalls eine Teilzeitarbeitsfähigkeit anzunehmen.

**3.3.6** Nachdem der Effekt der ersten diagnostischen Blockade des N. peroneus profundus rechts am 26. Mai 2021 und des N. tibialis rechts am 2. Juni 2021 aus sprachlichen Gründen schwierig zu beurteilen war (vgl. vorstehende Erw. 3.3.3), führte Dr.med. M. \_\_\_\_\_ am 28. Juli 2021 eine diagnostische Blockade beider Nerven zusammen durch. Diese Intervention habe zu einer Schmerzfreiheit für zwei bis drei Stunden und Schmerzlinderung für wenige Tage geführt, was gemäss Beurteilung von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2021 den Verdacht eines neuropathischen Schmerzsyndromes durch eine Affektion / Verletzung sowohl des N. peroneus profundus rechts, wie auch des N. tibialis rechts erhärte (Vi-act. 241 und 247).

**3.4** Am 28. September 2021 liess die Beschwerdeführerin zur Beurteilung der Versicherungsmediziner Stellung nehmen und insbesondere rügen, dass ihre Beschwerden trotz objektivierbarem Befund wegdiskutiert und als aggravierend bzw. psychiatrischer Natur und somit nicht unfallkausal beschrieben würden. Hierzu verwies sie u.a. auf eine grenzwertige Verzögerung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit des N. peroneus superficialis links sowie ein MR-tomografisch erkennbarer Knorpeldefekt an der anterioren Talusrolle, der lateralen Talusschulter und der tibialen Gelenkfläche bei beginnender OSG-Arthrose. Schliesslich werde eine Tendinopathie der Tibialis anterior Sehne von der Vorinstanz nicht berücksichtigt (Vi-act. 248).

**3.5.1** Am 8. Oktober 2021 erfolgte eine weitere Intervention (ultraschallkontrollierte Punktion und elektrische Neuromodulation am N. peroneus profundus rechts und N. tibialis rechts) durch Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (Vi-act. 253), wobei das

Ergebnis bzw. ein weiterer Verlaufsbericht des Schmerzambulatoriums nicht in den Akten liegt. Abschliessend wurde lediglich festgehalten, dass keine weiteren Behandlungen geplant seien, sollte die Intervention vom 8. Oktober 2021 keinen Effekt auf die Schmerzen zeigen.

**3.5.2** Gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin äusserte Med.pract. P.\_\_\_\_\_ (Assistenzärztin Orthopädie, T.\_\_\_\_\_(Klinik)) am 25. Oktober 2021 bei der Diagnose: Neuropathisches Schmerzsyndrom N. peroneus superficialis und N. tibialis rechts mit/bei beginnender posttraumatischer OSG Arthrose nach ORIF Pilon tibiale am 15. Mai 2018 mit Metallentfernung 05/2020 (extern), dass aus orthopädischer Sicht eine Verbesserung der Beschwerden der Patientin mittels eines chirurgischen Eingriffes nicht sehr erfolgversprechend sei. Bezüglich einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit sei die Beurteilung zum aktuellen Zeitpunkt sehr schwierig, da die Schmerztherapie noch nicht vollständig ausgeschöpft sei. Bei einem ausbleibenden analgetischen Erfolg sollte eventuell eine Umschulung in Betracht gezogen werden (Vi-act. 254).

**3.5.3** Nachdem Dr.med. I.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin erneut an die T.\_\_\_\_\_(Klinik) zugewiesen hatte, hielt Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ (Oberärztin Orthopädie, T.\_\_\_\_\_(Klinik), Fuss-/ Sprunggelenk) in ihrem Bericht vom 2. Dezember 2021 an diesen u.a. anamnestisch fest, dass durch die Interventionstherapie durch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ jeweils eine kurzfristige Beschwerdebesserung habe erreicht werden können, welche jedoch nie nachhaltig gewesen sei. Die Patientin gehe aktuell an zwei Gehstöcken und sei weiterhin nicht arbeitsfähig. Auf Nachfrage habe die Patientin nachmals angegeben, von der OSG-Infiltration am wenigsten profitiert zu haben. Die Schmerzen seien ubiquitär strumpfförmig im Bereich des gesamten Fusses und distalen Unterschenkels, weshalb Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ nicht davon ausgehe, dass die beginnende OSG-Arthrose einen grossen Anteil an den Beschwerden der Patientin habe. Aus fusschirurgischer Sicht bestünden aktuell keine Behandlungsoptionen (Vi-act. 255).

**3.5.4** Die Vorinstanz legte das Dossier erneut Dr.med. N.\_\_\_\_\_ vor mit der Frage, ob in Anbetracht des Ergebnisses der diagnostischen Blockade beider Nerven vom 28. Juli 2021 an der Beurteilung vom 29. Juli 2021 festgehalten werden könne, oder ob sich Änderungen ergeben würden. Hierzu hielt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ am 15. Dezember 2021 fest (Vi-act. 256):

In einer bidisziplinären Beurteilung (neurologisch und orthopädisch-chirurgisch) vom 29.07.2021 wurde festgehalten, dass ein von den Ärzten der Versicherten diagnostiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Als Argument wurde unter anderem dargelegt, dass die bisherigen ultraschall-gesteuerten Blockaden der Fussnerven den vermuteten neuropathischen

Schmerz nicht eindeutig beeinflussen konnten. Details hierzu können der interdisziplinären Beurteilung vom 29.07.2021 entnommen werden.

Nun wird in einer Verlaufskontrolle der Abteilung Schmerztherapie der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) beschrieben, dass eine am 28.07.2021 durchgeführte diagnostische Blockade beider Nerven zum selben Zeitpunkt doch eine Schmerzbesse- rung für kurze Zeit herbeigeführt haben soll. Das Protokoll, das die Versicherte hierzu führen sollte, liegt jedoch der Beschreibung nicht bei.

Der Schmerztherapeut Dr. M. \_\_\_\_\_ zieht daraus den Schluss, dass der Ver- dacht auf Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms des N. peroneus profundus rechts sowie des N. tibialis rechts hierdurch «erhärtet» würde.

Bei einem erneuten Termin zur interventionellen Schmerztherapie am 08.10.2021 wiederholte Dr. M. \_\_\_\_\_ ultraschall-kontrollierte Punktionen mit Lokalanästhe- sie-Blockade und elektrischer Neuromodulation am N. peroneus profundus rechts und N. tibialis rechts. Der Erfolg dieser Massnahme wird nicht berichtet.

Der geschilderte positive Effekt der Nervenblockade vom 28.07.2021 bleibt somit ein Einzelereignis in einer Reihe von vergeblichen diagnostischen und therapeuti- schen Blockierungsversuchen an den Nerven des rechten Fusses.

Hierdurch ändert sich nichts an der Tatsache, dass die bisherigen neurophysiolo- gischen Untersuchungsergebnisse eine Nervenläsion an den genannten Nerven nicht nachweisen konnten. Für ein neuropathisches Schmerzsyndrom ist jedoch der Nachweis einer Nervenläsion unabdingbar. Alleine ein einmaliger positiver Blo- ckadeeffekt reicht für eine sichere Diagnose nicht aus.

Auch an den weiteren in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 29.07.2021 genannten Argumenten, die am Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyn- droms zweifeln lassen, ändert sich hierdurch nichts.

Inhaltlich ist somit an der Beurteilung vom 29.07.2021 festzuhalten.

**3.6** Mit Einspracheentscheid vom 10. Januar 2022 stellte die Vorinstanz auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2020 (Datum der Untersuchung) ab (Vi-act. 262). Einzig der Fallabschluss wurde auf einen späteren Zeitpunkt festgelegt (Heilkosten und Taggelder seien bis zum 5.1.2021 statt bis zum 31.10.2020 auszurichten), weil gemäss der späteren neu- rologischen und orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ und Dr.med. O. \_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2021 aus orthopädischer Sicht der Endzustand erst mit der Bildgebung vom 6. Januar 2021 erreicht gewe- sen sei. Per 6. Januar 2021 habe ein stabiler Zustand vorgelegen und sei von weiteren Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung mehr zu erwarten gewesen. Die von der Versicherten vorgetragenen Beschwerden beruhten nur teilweise auf einem objektivierbaren, unfallbedingten organischen Korrelat und seien im Weiteren auf die Schmerzverarbeitungs- störung, mithin auf psychische Beschwerden zurückzuführen. Es sei nicht vom Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms auszugehen. Die psychi- schen Beschwerden seien aufgrund fehlender Adäquanz nicht als Unfallfolgen (und somit nicht bei der Beurteilung der Zumutbarkeit) zu berücksichtigen. Dem-

zufolge sei auch auf die rein die Unfallfolgen am rechten Fuss berücksichtigende Zumutbarkeitsbeurteilung gemäss Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 7. Februar 2020 (Datum des Berichts) abzustellen. Diese Beurteilung sei auch durch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ und Dr.med. O.\_\_\_\_\_ - unter Auseinandersetzung mit den abweichenden Äusserungen der behandelnden Ärzte - in der Beurteilung vom 29. Juli 2021 überzeugend und nachvollziehbar bestätigt worden. Gleiches gelte für die bestätigende Beurteilung von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2021. Der Bericht von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2020 vermöge keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung sowie der Beurteilung des behandelnden Operateurs zu erwecken. Auch den Einwänden der Rechtsvertreterin der Versicherten in der Eingabe vom 28. September 2021 könne nicht gefolgt werden.

Die Rentenberechnung der Verfügung vom 19. Oktober 2020 wurde im Einspracheentscheid gestützt (vgl. vorstehende Erw. 3.2.1) und ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint.

**4.1** Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen infolge des Unfalls vom 10. Mai 2018 nicht mehr ausüben kann.

**4.2** Im Übrigen verweist die Beschwerdeführerin betreffend das Zumutbarkeitsprofil sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Replik vom 18. März 2022 auf den Arztbericht von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2022, wonach sie bezüglich des rechten Sprunggelenkes und Fusses nachhaltig eingeschränkt sei. Eine neurochirurgische Intervention von Seiten des Universitätsspitals sei zu prüfen. Die Ablehnung der Vorinstanz bezüglich einer Rente sei nicht nachvollziehbar, habe die Beschwerdeführerin aufgrund der Funktionsunfähigkeit des rechten Fusses, entsprechend einer Amputation, doch nachweislich Anspruch auf eine höhergradige Integritätsentschädigung und auch auf eine Rente. Sicherlich wäre eine sitzende Tätigkeit in Zukunft möglich, aus der Sicht von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ sei jedoch aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für den bisher ausgeübten Beruf auszusprechen. In einer allenfalls sitzenden Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin, zumindest zum jetzigen Zeitpunkt, zu 50% arbeiten.

Zudem hält die Beschwerdeführerin replizierend fest, dass Dr.med. I.\_\_\_\_\_ nochmals ausführlich zu ihrer Situation Stellung genommen habe und er die Beschwerdeführerin in einer sitzenden Tätigkeit maximal für teilarbeitsfähig erachte (S. 3 Ziff. 4).

**4.3.1** Infolge der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 6. Februar 2020 hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 7. Februar 2020 fest, dass die Beschwerdeführerin am 10. Mai 2018 eine Pilontibialfraktur erlitt, welche osteosynthetisch versorgt wurde, woraufhin es zu einer Irritation des Nervus peroneus profundus sowie zur Entwicklung einer - gemäss Diagnose - neuropathischen chronischen Schmerzsymptomatik bei Schmerzverarbeitungsstörung und Somatisierungsstörung kam. Ein CRPS konnte ausgeschlossen werden. In der Beurteilung hielt er sodann fest, dass die Gefühlsstörungen am Fuss eher diffus anmuteten, aber durch die festgestellte Schmerzverarbeitungsstörung hinreichend erklärt werden könne.

Damit bestätigte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung - auch gemäss eigener Aussage - zumindest die Befunde und Diagnosen der vorbehandelnden Kollegen.

Nach der Operation vom 15. Mai 2018 diagnostizierte Dr.med. D.\_\_\_\_\_ im Sprechstundenbericht vom 25. Juni 2018 eine Irritation des Nervus peroneus profundus. In der Beurteilung führte er aus, dass vorliegend Schmerzen und sicherlich zum Teil auch Schmerzverarbeitung im Vordergrund stünden (Vi-act. 9). Im Sprechstundenbericht vom 23. August 2018 (wie auch am 27.9.2018, 2.11.2018, 19.12.2018, 13.3.2019) bestätigte er persistente Dys- und Parästhesien im Bereich des Versorgungsgebietes des N. peroneus profundus des rechten Fusses (Vi-act. 42, 45, 50, 56, 74). Auch im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_\_ (Klinik) vom 11. Oktober 2018 wurde die Diagnose "Irritation des N. peroneus profundus Fuss rechts" festgehalten (Vi-act. 49). Im Sprechstundenbericht vom 30. Januar 2019 hielt Dr.med. D.\_\_\_\_\_ fest, dass die persistenten, belastungsabhängigen Beschwerden sicherlich auch durch die Irritation des Nervus peroneus profundus unterhalten würden (Vi-act. 64). Im Bericht zur Erstkonsultation vom 19. Februar 2019 hielt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ erstmals die Diagnose "Chronische neuropathische Fusschmerzen rechts" mit Betonung im Bereich des N. peroneus fest. Zudem sei von einem belastungsabhängigen nozizeptiven Anteil auszugehen, wobei dieser eher den Schmerz im Bereich des OSG und der Ferse erkläre (Vi-act. 70).

Der Neurologe Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Neurologie, Klinik für Innere Medizin, Spital E.\_\_\_\_\_) diagnostizierte mit Bericht vom 17. März 2019 eine Teilläsion des Nervus peroneus profundus (wahrscheinlich direkt durch Unfall). In der Beurteilung verwies er demgegenüber darauf, dass die durch die Beschwerdeführerin beschriebene Fühlstörung und Elektrodiagnostik auf eine leichte chronische Neuropathie des Nervus peroneus superficialis rechts hinweist. Weiter hielt er fest, dass es sich am wahrscheinlichsten um eine direkt durch die trauma-

tische distale Tibiafraktur bedingte Nervenläsion handelt. Dass ein komplexes regionales Schmerzsyndrom vorliege erscheine jedoch wenig wahrscheinlich, eine Schmerzverarbeitungsstörung hingegen schon (Vi-act. 73).

Dr.med. H.\_\_\_\_\_ hielt diagnostisch im Bericht vom 2. April 2019 weiterhin chronische neuropathische Fusschmerzen rechts fest, mit Schmerzen im gesamten Unterschenkel und Fuss, aber neuropathische Komponente insbesondere im Bereich N. peroneus rechts sowie gemäss neurologischer Beurteilung vom 15. März 2019 (vgl. vorstehende Ausführungen) leichte chronische Neuropathie des N. peroneus superficialis rechts. Die Beurteilung lautet u.a.: "Kontrolle bei chronischem neuropathischen Schmerzsyndrom Fuss rechts mit neuromyographisch nachgewiesener Schädigung des N. peroneus superficialis und klinisch Hinweis auch selbiges betreffend den R. profundus" (Vi-act. 85).

Mit Sprechstundenbericht vom 5. April 2019 hielt Dr.med. D.\_\_\_\_\_ neu die Diagnose fest: "Chronische neuropathische Fusschmerzen rechts bei Teilläsion des Nervus peroneus profundus im Rahmen einer komplexen Pilon tibiale Fraktur" (Vi-act. 89). In der Folge führte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ diagnostische periphere Nervenblockaden (PNB) beim N. peroneus communis rechts und beim N. peroneus superficialis durch, welche jeweils negativ ausfielen (Vi-act. 91, 103). Als Ursache für das fehlende Ansprechen trotz objektivierbarer Blockade nannte er neben einer zentralen Schmerzsensibilisierung auch die psychische Situation (Vi-act. 103).

Trotz der negativen PNB wurde weiterhin an der Diagnose der chronischen neuropathischen Fusschmerzen festgehalten.

Gemäss Beurteilung von Dr.med. S.\_\_\_\_\_ (Oberarzt Orthopädie, U.\_\_\_\_\_ (Klinik)) vom 3. Juli 2019 bestünden bei der Beschwerdeführerin chronische neuropathische Fusschmerzen nach Versorgung einer Pilon-tibialen Fraktur. Eine bisherige Schmerzbehandlung habe nicht den gewünschten Erfolg gezeigt. Die Beschwerden zeigten sich nicht nur im Versorgungsgebiet des Nervus peroneus profundus, sondern diffus im gesamten Fuss. Im durchgeführten MRI lasse sich der Nervus peroneus profundus gut verfolgen, liege oberhalb der Platte und werde wahrscheinlich dort irritiert bzw. sei dort geschädigt worden. Eine Beeinträchtigung des Nervus peroneus superficialis sei durch den gewählten Zugangsweg sehr unwahrscheinlich. Der Nervus saphenus zeige eine normale Innervation (Vi-act. 106). Neurosonographisch ergab sich gemäss Sprechstundenbericht von Dr.med. X.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Neurologie, U.\_\_\_\_\_ (Klinik)) vom 16. August 2019 ein unauffälliger Befund ohne Hinweise auf ein Neurom insbesondere des N. peroneus ramus profundus im Bereich des oberen Sprunggelenks rechts (Vi-act. 121). Am 3. September 2019 führte

Dr.med. X.\_\_\_\_\_ eine ultraschall-gesteuerte Blockade des N. peroneus profundus durch, was zu keiner Änderung der beklagten Beschwerden mit belastungsbetonten Schmerzen betont im oberen Sprunggelenksbereich aber auch im Vorfuss rechts geführt habe. Er erachtete daher eine Mitbeteiligung der Schmerzsymptomatik des N. peroneus profundus eher als unwahrscheinlich (Vi-act. 119). Im Bericht vom 8. Oktober 2019 hielt Dr.med. S.\_\_\_\_\_ sodann fest, dass es nicht gelang die Schmerzen nach einer gezielten Infiltration des N. peroneus profundus auszuschalten, was eine Reizung durch die Platte unwahrscheinlich mache (Vi-act. 118).

Dr.med. H.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 24. September 2019 eine Hypästhesie im Innervationsgebiet des N. peroneus superficialis fest, es sei aber keine Allodynie und Hyperalgesie zu objektivieren, was hoffen lasse, dass die neuropathische Schmerzkomponente aktuell unter Kontrolle sei (Vi-act. 124). Demgegenüber wies er am 17. Februar 2020 weiterhin auf unveränderte Schmerzen, wovon chronisch neuropathische Fusschmerzen mit Läsion im Rahmen des Traumas sowie chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, hin (Vi-act. 143).

**4.3.2** Im Anschluss an die Beurteilung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ liess die Beschwerdeführerin am 26. Mai 2020 die OSME und Neurolyse des N. peroneus profundus vornehmen. Gemäss Operationsbericht konnte der N. peroneus superficialis proximal dargestellt werden, verlor sich dann jedoch in der Narbe und konnte nach distal nicht mehr verfolgt werden. Sodann sei eine Dekompression des N. peroneus profundus erfolgt (vgl. vorstehende Erw. 3.1.2). Auch Dr.med. H.\_\_\_\_\_ wies auf eine unveränderte Schmerzsymptomatik an der rechten unteren Extremität hin. Es lägen eine neuropathische Positiv- und Negativsymptomatik im Bereich des Nervus peroneus profundus als auch Nervus saphenus rechts; Pin Prick Hyperalgesie und Dysästhesien sowie taktile Allodynie vor. Letztere scheine etwas stärker ausgeprägt zu sein als im Frühling. Insgesamt sei die Situation infolge der ausgeprägten Schmerzverarbeitungsstörung aber schwer zu fassen (vgl. vorstehende Erw. 3.1.3).

Nachdem der erwähnte Revisionseingriff gemäss Bericht des Operateurs Dr.med. D.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2020 keine Verbesserung der Symptomatik gebracht hat und die Behandlung abgeschlossen wurde, sowie auch der Neurologe Dr.med. H.\_\_\_\_\_ keine weitere Behandlung mehr anbieten konnte, bestätigte der Kreisarzt W.\_\_\_\_\_, dass die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ weiterhin Gültigkeit hat (vgl. vorstehende Erw. 3.1.3ff.). Die bis dahin die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzte erachteten die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ aufgrund der Schmerzen

der Beschwerdeführerin jedoch als zu positiv. Gleichzeitig hielten sie weiterhin an der Diagnose des chronischen neuropathischen Fußschmerzes rechts sowie der Teilläsion des Nervus peroneus profundus fest (vgl. vorstehende Erw. 3.3.1f.; Vi-act. 211). Dr.med. H.\_\_\_\_\_ ergänzte, dass dieser periphere neuropathische Schmerz typische neuropathische Positiv- und Negativsymptome habe, welche durch zentrale, auf Rückenmarksebene, bestehende neurophysiologische Veränderungen zurückzuführen seien. Zwei Jahre nach Trauma sei nicht mehr von einer vollumfänglichen Regredienz der neuropathischen Veränderungen (zentrale Sensibilisierung) auszugehen. Hierfür würden auch die negativen diagnostischen peripheren Nervenblockaden sprechen (vorstehende Erw. 3.3.2).

**4.3.3** In der Folge gelangte die Beschwerdeführerin über Dr.med. I.\_\_\_\_\_ an die T.\_\_\_\_\_ (Klinik) für weitere Abklärungen.

Auch die weiteren behandelnden Fachpersonen - u.a. der Neurologe PD Dr.med. J.\_\_\_\_\_ sowie der Orthopäde Dr.med. K.\_\_\_\_\_ - bestätigten das Vorliegen eines chronifizierten, in weiten Anteilen neuropathischen Schmerzsyndroms des Fußes posttraumatisch nach bekannter Nervenverletzung, mit Schwerpunkt des N. peroneus superficialis und geringen plantaren N. tibialis-Anteilen rechts, wobei die neurographische Messung der sensiblen N. peroneus-Ableitung rechts die genannte Einschätzung stützte. Auch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ bestätigte einen vermutlich nach wie vor gemischt nozizeptiv - neuropathischen Schmerz und ergänzte, als klaren Befund könne ein Neurom im distalen Verlauf des N. peroneus profundus rechts, vermutlich durch eine Verletzung desselben, dargestellt werden. Zudem scheine eine Irritation (oder Verletzung) des N. tibialis im Bereich der medialen Narbe gut möglich, bei deutlich eingeschränkter Ultraschallqualität sonographisch aber nicht weiter beurteilbar (vgl. vorstehende Erw. 3.3.3).

**4.3.4** Nachdem in der Einsprache an die Vorinstanz u.a. gerügt wurde, dass der nachgewiesene Nervenschaden in der Beurteilung des Kreisarztes nicht ausreichend gewürdigt, auf den Operationsbericht vom 26. Mai 2020 nicht eingegangen worden sei und das Zumutbarkeitsprofil angepasst werden müsse, erfolgte am 29. Juli 2021 eine neurologische und orthopädisch-chirurgische Beurteilung durch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ und Dr.med. O.\_\_\_\_\_ unter Berücksichtigung auch der bis dahin eingegangenen weiteren Arztberichte (vgl. vorstehende Erw. 3.3.4).

In der neurologischen Beurteilung wurde u.a. festgehalten, dass nach der Pilon-Tibialen-Fraktur des rechten oberen Sprunggelenks rechts, welche osteosynthetisch versorgt worden sei, zunächst über eine Gefühlsstörung im Versorgungsgebiet des N. peroneus profundus, später über ein neuropathisches Schmerz-

syndrom im Versorgungsgebiet dieses Nervs sowie in geringerem Ausmass auch der plantaren N. tibialis-Anteile berichtet worden sei. Die neurologische und neurophysiologische Untersuchung, durchgeführt in der T. \_\_\_\_\_ (Klinik), weise als einzigen Befund eine grenzwertige Verzögerung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit des N. peroneus superficialis links auf, die als leicht pathologisch gewertet worden sei. An allen anderen untersuchten Nerven am rechten Fuss habe sich ein Normalbefund ergeben. Die bereits im Spital E. \_\_\_\_\_ durchgeführten diagnostischen Nervenblockaden hätten jeweils keine Schmerzlinderung erbracht. Auch die Wiederholung dieser Blockaden unter Ultraschallkontrolle in der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) habe allenfalls zu einer Änderung des Schmerzschwerpunkts am rechten Fuss geführt, solange die Wirkung des Lokalanästhetikums bestanden habe. Die neurophysiologischen Untersuchungsergebnisse sowie die Ergebnisse der lokalanästhetischen Nervenblockaden stünden in erheblichem Kontrast zu dem beschriebenen, bislang therapieresistenten, als neuropathisch eingeschätzten Schmerzsyndrom. Für die Diagnose neuropathischer Schmerz sei der neurophysiologische Nachweis einer Nervenläsion Voraussetzung. Eine solche liesse sich neurophysiologisch allenfalls für den N. peroneus superficialis rechts feststellen, wenngleich hier der Befund als "grenzwertig" zu beurteilen sei. Im Operationsbericht über die Metallentfernung vom 26. Mai 2020 sei zu entnehmen, dass der N. peroneus superficialis zwar proximal darstellbar gewesen sei, sich aber in einer Narbe "verloren habe". Daraus sei zu schliessen, dass aufgrund der dortigen Narbenbildung eine weitere Neurolyse nicht möglich gewesen sei. Seine Funktionsfähigkeit sei erhalten, wie dies in der neurophysiologischen Untersuchung eindeutig dokumentiert sei, wenngleich mit "grenzwertigem Befund". Sowohl die behandelnden Ärzte in der chirurgischen Klinik als auch in der Schmerzambulanz des Spitals E. \_\_\_\_\_ sowie die Ärzte der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) würden betonen, dass zwischen objektivem Befund und subjektivem Empfinden eine Diskrepanz bestehe. Es werde über eine "psychische Überlagerung" berichtet. Ein Bedarf an psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung sei festgestellt worden, den die Beschwerdeführerin nicht akzeptieren könne. Diese psychoreaktiven Anteile der Schmerzerkrankung der Beschwerdeführerin könnten jedoch nicht kausal dem Unfall zugeordnet werden, weshalb die Psychoadäquanz zurecht verneint worden sei.

Aufgrund dieser Ausführungen kamen die Versicherungsmediziner zum Schluss, dass die von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ und der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) erhobenen Befunde keine neuen medizinischen Aspekte erbracht haben, welche zu einer Änderung des kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofils führen könnten. Hierzu wurde in der neurologischen Beurteilung insbesondere auf Inkonsistenzen hingewiesen, wie die Diskrepanz zwischen den neurophysiologischen und klinischen Befunden ge-

genüber den subjektiv erlebten Beschwerden, den ausbleibenden Blockadeeffekt, welcher am Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms zweifeln liessen, die fehlende Erklärung für das Schonhinken, sowie die Weigerung einer psychiatrischen Untersuchung und Behandlung einer bei der Beschwerdeführerin vermuteten somatoformen Schmerzstörung. Schliesslich habe die Neurolyse zu keiner Änderung im Schmerzerleben oder der funktionellen Belastungsfähigkeit des betroffenen Fusses geführt. Der Bewegungsumfang im OSG sei konstant geblieben, weshalb auch die Neurolyse keine Auswirkung auf die Zumutbarkeit gehabt habe.

**4.3.5** Nachdem gemäss einer Verlaufskontrolle der Abteilung Schmerztherapie der T. \_\_\_\_\_ (Klinik) eine am 28. Juli 2021 durchgeführte diagnostische Blockade beider Nerven (N. peroneus profundus und N. tibialis) zum selben Zeitpunkt zu einer Schmerzbesserung für kurze Zeit (Schmerzfreiheit für zwei bis drei Stunden und Schmerzlinderung für wenige Tage) geführt habe - was gemäss Dr.med. M. \_\_\_\_\_ den Verdacht eines neuropathischen Schmerzsyndromes durch eine Affektion / Verletzung sowohl des N. peroneus profundus rechts, wie auch des N. tibialis rechts erhärtet - (vgl. vorstehende Erw. 3.3.6), wurde die Sache von der Vorinstanz erneut Dr.med. N. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vorgelegt mit der Frage, ob das Ergebnis an der Beurteilung vom 29. Juli 2021 etwas zu ändern vermag. Dies verneinte Dr.med. N. \_\_\_\_\_ mit der Begründung, dass der geschilderte positive Effekt der Nervenblockade vom 28. Juli 2021 ein Einzelergebnis in einer Reihe von vergeblichen diagnostischen und therapeutischen Blockierungsversuchen an den Nerven des rechten Fusses bleibe. Für ein neuropathisches Schmerzsyndrom sei der Nachweis einer Nervenläsion unabdingbar. Alleine ein einmaliger positiver Blockadeeffekt reiche für eine sichere Diagnose nicht aus. Sodann ändere sich auch an den weiteren in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 29. Juli 2021 genannten Argumenten, die am Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms zweifeln liessen, nichts.

**4.4.1** Zusammenfassend lässt sich den aktenkundigen Berichten und Beurteilungen entnehmen, dass zunächst - auch bei der kreisärztlichen Beurteilung durch Dr.med. G. \_\_\_\_\_ - von der Irritation des Nervus peroneus profundus sowie vom Vorliegen eines neuropathischen chronischen Fuss Schmerzes rechts ausgegangen wurde. Die Diagnosen wurden einzig insoweit angepasst, als in der Folge gar (bei weiterhin bestehenden chronischen neuropathischen Fuss schmerzen rechts) von einer Teilläsion des Nervus peroneus profundus sowie von einer leichten chronischen Neuropathie des N. peroneus superficialis rechts die Rede war. Erst mit der neurologischen und orthopädisch-chirurgischen Beurteilung durch die Versicherungsmediziner vom 29. Juli 2021, welche jedoch keine

abschliessende Auflistung der Diagnosen enthält, wurden die obgenannten Diagnosen in Zweifel gezogen (vgl. vorstehende Erw. 4.3.4f.).

**4.4.2** Die Beurteilung durch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2021 erfolgte jedoch, obwohl eine Wiederholung der Nervenblockade in Aussicht gestellt wurde und ohne das Ergebnis von dieser wiederholten Blockade zu kennen (vgl. oben Erw. 3.5.1; Vi-act. 253 und 254). Die Vorinstanz hat weder den anschliessenden Bericht des behandelnden Arztes Dr.med. M.\_\_\_\_\_, noch einen Abschlussbericht der T.\_\_\_\_\_(Klinik) eingeholt und dem Versicherungsmediziner zur Stellungnahme unterbreitet. Damit aber kann nicht ohne Zweifel von einem Einzelereignis bzw. von der Richtigkeit der Beurteilung des Versicherungsmediziners vom 15. Dezember 2021 ausgegangen werden. Die Frage, ob (objektivierbare) unfallbedingte oder unfallunabhängige Beschwerden vorliegen und welche allenfalls im Vordergrund stehen, ist für die Beurteilung des konkreten Einzelfalls jedoch von erheblicher Bedeutung. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Januar 2022 ist somit bereits deshalb aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Gleichzeitig ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb sich Dr.med. N.\_\_\_\_\_ zum Befund von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ - wonach ein Neurom im distalen Verlauf des N. peroneus profundus rechts, vermutlich durch eine Verletzung desselben, dargestellt werden könne - nicht geäussert hat. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ hat weiter festgehalten, dass eine Irritation (oder Verletzung) des N. tibialis im Bereich der medialen Narbe gut möglich scheine, bei deutlich eingeschränkter Ultraschallqualität sonographisch aber nicht weiter beurteilbar sei. Auch hierzu hat Dr.med. N.\_\_\_\_\_ nicht Stellung bezogen, auch wenn diese Befunde für die Beurteilung der vorliegenden Frage nicht unwichtig erscheinen. Schliesslich hat Dr.med. N.\_\_\_\_\_ den Befund der T.\_\_\_\_\_(Klinik) betreffend den N. peroneus superficialis rechts als grenzwertig beurteilt ohne sich weiter dazu zu äussern, dass bereits Dr.med. R.\_\_\_\_\_ festgehalten hat, dass die durch die Beschwerdeführerin beschriebene Fühlstörung und Elektrodiagnostik auf eine leichte chronische Neuropathie des Nervus peroneus superficialis rechts hinweist.

**4.5** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. So sind namentlich die Berichte der T.\_\_\_\_\_(Klinik) zu der in Aussicht gestellten Beurteilung der Intervention vom 8. Oktober 2021 und die weitere Behandlung einzuholen (vgl. oben Erw. 3.5.1)

und - sofern die Klinik die Untersuchungen und Behandlung abschloss (vgl. Vi-act. 253) - ein Abschlussbericht einzuverlangen, der sich namentlich abschliessend mit einer Beurteilung zu den Diagnosen zu äussern hat.

**5.1** Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_78/2009 vom 31.8.2010 teilweise publ. in BGE 136 II 393 Erw. 12.1; 8C\_503/2009 vom 6.11.2009 Erw. 5 mit Verweisen; vgl. VGE I 2017 21 vom 28.6.2017 Erw. 6.1; VGE I 2014 3 vom 23.7.2014 Erw. 6.1).

**5.2** Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist in der Regel für die Parteien kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**5.3** Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

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

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Januar 2022 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
  - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 8. Juni 2022

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

