

SO_GERICHTE VSBES.2019.215 vom 11. Juli 2019

SO Obergericht, 2019-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.215

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.215 du 11 juillet 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.215 del 11 luglio 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1978, war seit August 2011 bei der B.____ AG (fortan: Arbeitgeberin) als Betriebsmitarbeiterin beschäftigt. Auf Grund dieser Anstellung war sie bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich am 13. November 2015 bei der Arbeit am linken Fuss verletzte (Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nrn. 1 + 15). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen in der Form von Taggeldern und Heilbehandlung (Suva-Nr. 2 f.). 1.2 Nachdem sie den Fall per 31. Mai 2018 abgeschlossen hatte (Suva-Nr. 152), verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Oktober 2018 einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente, da keine Invalidität vorliege, sowie auf eine Integritätsentschädigung, da es an einer erheblichen körperlichen Schädigung fehle (Suva-Nr. 161). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 19. November 2018 Einsprache erheben (Suva-Nr. 163), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 11. Juli 2019 abwies (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

Es sei eine Vollrente auszurichten.

E. 2.5

2.5.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen

Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis). 2.5.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E).

E. 3

Es sei die maximale Integritätsentschädigung ausuzahlen.

E. 3.1

3.1.1 Am 13. November 2015 fiel während der Arbeit eine Palette auf den linken Fuss der Beschwerdeführerin (und nicht auf den rechten, wie es in der Schadenmeldung vom 16. November 2015 hiess, Suva-Nr. 1). Sie zog sich ein Quetschtrauma zu und war in der Folge zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-Nr. 84 / Nr. 91 S. 2). Nachdem die behandelnden Ärzte zunächst von einer blossen Kontusion ausgegangen waren (Suva-Nr. 15), wurde am 15. Januar 2016 eine nicht dislozierte Fraktur des Os cuneiforme mediale entdeckt (Suva-Nr. 17) sowie am 24. März 2016 eine nicht dislozierte Fraktur im Processus subtalaris des Calcaneus (Suva-Nr. 37). Die Beschwerdeführerin litt im weiteren Verlauf unter anhaltenden Schmerzen (s. etwa Suva-Nr. 29 / Nr. 43 S. 2 / Nr. 44 S. 2 / Nr. 66 / Nr. 75). Bei einem Sturz am 25. September 2016, der von den Ärzten auf eine Gangunsicherheit zurückgeführt wurde, erlitt sie Kontusionen am linken Knie und rechten Ellbogen (Suva-Nr. 93 S. 3 f.). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2017 auf (Suva-Nr. 96 S. 4)

3.1.2 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, hielt nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. November 2016 (Suva-Nr. 95) fest, die Beschwerdeführerin leide immer noch unter belastungsabhängigen Schmerzen im linken

Fuss. Das Gangbild sei gekennzeichnet von einer Instabilität des Längsgewölbes, wodurch bei jedem Schritt eine erhebliche Knickfussbildung links zu beobachten sei. Durch Einlagen lasse sich eine Fussgewölbestabilisation gewährleisten. Es sei von einem Endzustand auszugehen; Therapien fänden keine mehr statt, und durch solche wäre auch keine namhafte Besserung unfallbedingter Folgen zu erreichen. Die überwiegend stehende / gehende Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin sei nicht mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, aber überwiegend sitzende Tätigkeiten kämen ganztags in Frage. Ausgeschlossen seien vom linken Fuss her Schrägen, unebenes Gelände, Hocken oder Kauern sowie Besteigen von Leitern oder Gerüsten. Gestützt darauf schloss die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. Dezember 2016 ab (Suva-Nr. 99) und verneinte mit Verfügung vom 23. März 2017 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf eine Integritätsentschädigung (Suva-Nr. 118).

3.1.3 Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge erneut wegen chronifizierter Schmerzen behandelt (Suva-Nrn. 120 / 126 / 130). Die Beschwerdegegnerin holte bei ihrem Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin eine Aktenbeurteilung durch Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, vom 2. Februar 2018 ein, welche wie folgt ausfiel (Suva-Nr. 137):

Die Beschwerdeführerin habe sich am 13. November 2015 aus neurologischer Sicht eine Quetschung des Nervus peroneus profundus links zugezogen. Somit bestehe eine unfallbedingte organische Grundlage für einen neuropathischen Schmerz zwischen der Innenseite der Grosszehe und der benachbarten Zehe II, nicht aber für die geschilderte Hypästhesie im Bereich der gesamten unteren Extremität. Auf orthopädisch-fusschirurgischem Gebiet seien überwiegend wahrscheinlich keine Folgen des Unfallereignisses vom 13. November 2015 mehr gegeben. Von weiteren Behandlungsmassnahmen sei mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Als Fabrikmitarbeiterin bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, wechselbelastend, mit überwiegend sitzendem Anteil, seien auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ganztags zumutbar. Die Voraussetzungen einer erheblichen und dauerhaften Gesundheitsbeeinträchtigung für die Schätzung eines Integritätsschadens seien nicht erfüllt. Die Beschwerdegegnerin zog vor dem Hintergrund dieser Beurteilung ihre Verfügung vom 23. März 2017 (s. E. II. 3.1.2 in fine hiervor) wieder zurück (Suva-Nr. 138).

Die Beschwerdeführerin hielt sich in der Folge vom 6. März bis 4. April 2018 in der Rehaklinik H.____ auf. Der dortige Bericht vom 6. April 2018 (IV-Nr. 151) enthielt folgende Diagnosen nach Quetschtrauma am linken Fuss (S. 1):

Dazu wurde festgehalten, eine ganztägige stehende Tätigkeit stelle zu hohe Anforderungen. Eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit sei ganztags zumutbar (S. 15).

E. 3.1.4.1

Die Beschwerdegegnerin zog das von der Invalidenversicherung eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle I.____ vom 17. September 2018 bei (Suva-Nr. 158 S. 4 ff.). Dieses enthielt folgende Diagnosen (S. 10):

Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit:

Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

E. 3.1.4.2

Der Experte Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in seinem Teilgutachten fest, aktuell seien folgende Befunde objektivierbar: Die Beschwerdeführerin zeige beim ebenen Gang ein theatralisch wirkendes Einsinken im Knie- und Hüftbereich der linken Seite, welches u.a. im Rückwärtsgang keinesfalls klar reproduziert werden könne. Während der Fersengang beidseits knapp gelinge, sei der Zehengang infolge massiver Ausgestaltung nicht verwertbar. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten mässig vermindert, doch könne der initial vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine freie Auslenkung im Langsitz relativiert werden. Auch die bei der expliziten Prüfung eingeschränkte Kopffrotation gelinge unter Ablenkung frei und offenbar schmerzlos. An den oberen und unteren Extremitäten liege gleichfalls eine freie Beweglichkeit mit endgradiger Ausnahme am linken oberen Sprunggelenk vor. Die anamnestischen Angaben erfolgten etwas wechselhaft, indem etwa am rechten Arm unterschiedliche Schmerzlokalisationen genannt würden. An der linken unteren Extremität konzentrierte sich die Symptomatik auf die Mitte des Unterschenkels. Während die Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage zur unentwegten Schmerzangabe u.a. am Rücken führe, gelinge die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne jegliche Schmerzäusserung. Der links etwas verminderte Oberschenkelumfang könne als Zeichen längerdauernder Entlastung der Extremität angesehen werden. Es bestehe eine die gesamte linke Körperhälfte umfassende Druckdolenz. Alle fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auf neurologischer Ebene ergäben sich keine klaren Hinweise für eine Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Eine spinale Kompressionsproblematik oder Läsion eines grösseren peripheren Nervens sei klinisch weitgehend auszuschliessen (S. 32). Nach Aktenlage fehlten sowohl elektrophysiologisch als auch klinisch Anhaltspunkte für eine Läsion des N. peroneus, tibialis oder suralis sowie für eine Neuropathie der linken unteren Extremität.

Zusammenfassend lasse sich das letztlich äusserst diffus im Sinne einer linksseitigen Hemisymptomatik sowie Schmerzhaftigkeit grosser Teile der rechten oberen Extremität präsentierte Geschehen durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen. Nachvollziehbar sei angesichts der Umfangsmessung eine gewisse längerdauernde Schonung der linken unteren Extremität, wobei zu betonen sei, dass das sehr auffällige und auch in den Akten immer wieder erwähnte Gangbild keinesfalls reproduziert werden könne. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen liessen sich nicht klar nachvollziehen (S. 33). In der zuletzt ausgeübten, überwiegend stehenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (S. 35). Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, kauende und kniende Positionen sowie das häufige Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden. Durch medizinische Massnahmen lasse sich keine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr erreichen (S. 36).

E. 3.1.4.3

Der Experte Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte zum Ergebnis, dass kein psychiatrisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 24). Die psychiatrische Vorgeschichte stelle sich unauffällig dar. Bei der aktuellen Untersuchung würden weder psychische Beschwerden beklagt noch könnten solche im objektivierenden Psychostatus erhoben werden (S. 22). Die Schmerzprogression

sei sehr auffällig. Psychische Gründe oder Konflikte als mögliche Ursache für die Schmerzen könnten nicht genannt werden. Insofern lasse sich keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren. Psychiatrische Behandlungen fänden nicht statt (S. 23).

E. 3.1.4.4

In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, dass sich orthopädisch kaum Befunde objektivieren liessen, ausser einer wahrscheinlich schonungsbedingten leichten Umfangdifferenz zu Ungunsten der linken unteren Extremität. Die anderen Beschwerden am Bewegungsapparat seien ohne zuordenbare Entität. Die Untersuchung sei durch multiple Inkonsistenzen geprägt. Leichte bis mittelschwere, deutlich wechselbelastende Tätigkeiten seien grundsätzlich möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei festzustellen, dass die subjektiv angegebenen Beschwerden somatisch nur unzureichend erklärbar seien. Bei nicht ursächlich vorliegender psychosozialer Belastungssituation könne beschreibend von einer Schmerzverarbeitungsstörung gesprochen werden. Gemäss Prüfung der Indikatoren leite sich daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab. Eine Komorbidität liege nicht vor. Dementsprechend sei die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch nicht eingeschränkt (S. 10 + 11 f.).

3.1.5 Vor dem Versicherungsgericht reichte die Beschwerdeführerin folgende Arztberichte ein:

3.1.5.1 Dr. med. L. ____, leitender Arzt am Rehabilitations- und Rheumazentrum des D. ____, diagnostizierte am 9. September 2019, neben einer Fibromyalgie sowie einem lumbovertebralen und zervikozephalen Syndrom, eine ausgeprägte Valgusinstabilität des Rückfusses links bei Verdacht auf Ruptur des lig. calcaneo naviculare plantare im Rahmen einer Fraktur des sustentaculum tali (Beilage / B-Nr. 10).

3.1.5.2 Dr. med. M. ____, leitender Arzt an der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des D. ____, äusserte nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin am 15. Oktober 2019 (B-Nr. 3) den hochgradigen Verdacht auf eine traumatische Ruptur des Ligamentum calcaneonaviculare plantare (spring ligament) links sowie eine partielle Dehiszenz der Tibialis posterior-Sehne mit / bei Quetschtrauma des linken Fusses am 13. November 2015.

3.1.5.3 Dr. med. N. ____, Oberärztin am O. ____, [...], diagnostizierte im Bericht vom 27. Januar 2020 (B-Nr. 7.1) eine posttraumatische Instabilität am medialen Rückfuss links bei hochgradigem Verdacht auf Spring-Ligament Ruptur und Tibialis posterior-Sehnenläsion links nach Direkttrauma.

3.1.5.4 Am 19. Februar 2020 führte Dr. med. M. ____ den von ihm empfohlenen Eingriff (Naht und Augmentation Springligament, Reinsertion Tibialis posterior-Sehne, FDL-Transfer auf Tibialis posterior-Sehne, anteriore Raffung Lig. deltoideum, medialisierende Calcaneusosteotomie links) durch. Im Austrittsbericht erwähnte er zudem einen posttraumatischen chronifizierten Schmerz der unteren linken Extremität (M79.6), differentialdiagnostisch Nervenquetschung des medialen Endastes des N. peroneus profundus resp. CRPS I (B-Nr. 4). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde vorsorglich bis 2. April 2020 bescheinigt (B-Nr. 6) und am 3. April 2020 bei regelrechtem Verlauf bis Ende Mai verlängert (B-Nr. 8).

3.1.5.5 Dr. med. M. ____ hielt nach der Sprechstunde vom 24. September 2020 fest (B-Nr. 11), die Beschwerdeführerin habe zwar von dieser Operation deutlich profitiert, leide aber

bei Belastung noch an erheblichen Restbeschwerden mediolateral über dem Rückfuss links. Seitens der Rekonstruktion seien der Verlauf und die Funktion der Tibialis-posterior-Sehne soweit gut. Allerdings persistiere seitens der Calcaneus-Osteotomie noch ein erheblicher Restschmerz über der distalen Tibialisposterior-Sehne und über den Weichteilen lateral. Diesbezüglich gelte es, den weiteren Verlauf abzuwarten.

3.1.6 Die Dres. F.____ und G.____ hielten in ihrer Beurteilung vom 18. August 2020 (A.S. 82 ff.) dafür, bezogen auf den Fallabschluss vom 31. Mai 2018 bestätigten die ergänzenden Dokumente aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht, dass die angestammte Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin nicht zumutbar gewesen sei. Eine Symptomausweitung, die aus somatischer Sicht mit einem dysfunktionalen Bewältigungsmuster einhergehe, sei nachvollziehbar; im IV Gutachten würden in diesem Kontext bei fehlender psychiatrischer Komorbidität gar Inkonsistenzen hinsichtlich der vorgegebenen Einschränkung in Alltagssituationen festgestellt. Rein aus neurologischer Sicht ergebe sich hieraus ein medizinischer Endzustand, insbesondere nach der erfolgten antineuropathischen Schmerzbehandlung. Die dokumentierten Befunde beschrieben in typischer Weise einen Pes planovalgus oder Knick-Senkfuss, eine der häufigsten Veränderungen am Rückfuss der zivilisierten Bevölkerung. Eine Schlüsselrolle bei der Pathogenese spielten der M. tibialis posterior, dessen Sehne hinter dem Innenknöchel verlaufe und an den innenseitigen Fussrand ziehe, und weitere innenseitige kapsuloligamentäre Strukturen, wie das sich zwischen Fersen- und Kahnbein ausspannende spring ligament. Dies finde überzeugende Entsprechung auch in der von Dr. med. N.____ am 27. Januar 2020 erhobenen Klinik, wie deutlich hinkendes Gangbild mit eindrucklichem Wegknicken des Fusses nach medial unter Belastung etc. (A.S. 86). Das spring ligament oder Pfannenband gehöre mit dem medialen Kollateralband (Lig. deltoideum) zu den beiden Hauptligamenten am innenseitigen Rückfuss. Gemeinsam seien sie u.a. die primären Stabilisatoren des innenseitigen Sprunggelenkes. Isolierte Verletzungen des medialen Kollateralbands würden von Ribbons und Garde mit einer Inzidenz von 3 bis 4 % aller ligamentären Verletzungen des Sprunggelenks angegeben, als Begleitverletzung im Rahmen von knöchernen Sprunggelenksbrüchen finde sich dies jedoch nach Hintermann und Mitarbeitern in bis zu 40 % der Fälle. In der einschlägigen Literatur würden dagegen isolierte Verletzungen des spring ligaments nicht beschrieben. Die von Hintermann formulierte Klassifikation der innenseitigen Sprunggelenksinstabilität umfasse drei Typen, wobei nur Typ III auch eine Läsion des spring ligament einschliesse, dies jedoch gemeinsam mit einer Affektion des medialen Kollateralbandes. Wie bereits in der Beurteilung vom 2. Februar 2018 aufgeführt, seien für das Vorliegen akuter Verletzungen die zeitnah zum Unfallereignis festzustellenden körperlichen Untersuchungsbefunde von hervorragender Bedeutung, was auch von Jordan und Mitarbeitern in ihrer Übersichtsarbeit zu «Verletzungen des medialen Kollateralband- und 'Springligament'-Komplexes» ausdrücklich betont werde. Weiter führten die Autoren aus: «Nach frischen Traumen erfolgt die Untersuchung des Patienten in liegender oder, falls möglich, sitzender Position bei frei von der Untersuchungsfläche hängendem Unterschenkel. Bei Läsion des [medialen Kollateralbandes] können eine oft deutliche Schwellung im Bereich des gesamten Innenknöchels und eine Hämatomverfärbung in diesem Bereich diagnostiziert werden. Eine aussagekräftige Untersuchung der Bandstabilität verbietet sich hier meist aufgrund der starken Schmerzhaftigkeit und Weichteilschwellung». Am Unfalltag sei die Beschwerdeführerin im Spital [...] untersucht worden: «37-jährige Patientin in gutem [Allgemeinzustand] mit Hämatom und Schwellung im Bereich des Metatarsale I und II mit

deutlicher Druckdolenz eben da [sic]. OSG und USG stabil». Die genannten Mittelfussknochen (Metatarsale) fänden sich in anatomischer Ferne zum Rückfuss, für den seinerseits keinerlei klinische Auffälligkeit dokumentiert werde. In Übereinstimmung mit der oben genannten Literatur sei bereits mit der Beurteilung vom 2. Februar 2018 dargelegt worden, dass «eine Funktionsprüfung zur Stabilität des oberen und unteren Sprunggelenks [...] von dem verletzten Patienten nicht toleriert [würde]». Zusammenfassend sei eine am 13. November 2015 erlebte strukturelle Verletzung des linken Rückfusses, welche die Indikation für den am 19. Februar 2020, mehr als vier Jahre später, vorgenommenen chirurgischen Eingriff begründen könnte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen (A.S. 87).

Aus neurologischer Sicht bestätigten die Ergänzungen des Dossiers die Zumutbarkeitsbeurteilung vom 2. Februar 2018 hinsichtlich einer vollzeitigen leichten-mittelschweren, wechselbelastenden angepassten Tätigkeit. Unfallfremd hinsichtlich der schmerztherapeutischen Kontrolle wirkten sich eine Fibromyalgie mit einem lumbovertebralen und cervikocephalen Syndrom negativ aus. Von fachneurologischer Seite her habe von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden müssen, bei dem durch weitere Massnahmen keine essentielle Besserung mehr zu erwarten gewesen sei. Aus orthopädisch-fusschirurgischer Sicht ergäben sich aus den nun vorliegenden weiteren ärztlichen Berichten keine Erkenntnisse, die eine andere versicherungsmedizinische Bewertung als diejenige in der Beurteilung vom 2. Februar 2018 begründen könnten. In Bezug auf den Fallabschluss per 31. Mai 2018, die damalige Zumutbarkeits- und Kausalitätsbeurteilungen sowie die Höhe des Integritätsschadens ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte (A.S. 88).

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdeführerin stütze sich für die zumutbare Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer Verweistätigkeit zu Recht auf das I.____-Gutachten, welches vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht (s. dazu E. II. 2.5.2 hiervor) und keinerlei Anlass bietet, seinen Beweiswert anzuzweifeln: Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen Disziplinen, welche kompetent sind, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Die Experten nahmen die Vorakten zur Kenntnis (Suva-Nr. 158 S. 14 ff.), befragten die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte (S. 19 ff. / 26 ff.) und erhoben die objektiven Befunde (S. 21 f. / 28 ff.). Auf dieser Grundlage gaben die Experten eine Beurteilung ab, wobei sie die Gründe für ihre Schlussfolgerungen nannten und ■ soweit geboten ■ auf frühere Arztberichte eingingen (S. 22 ff. / 32 ff.). Eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wie sie die Experten attestierten, erscheint vor dem Hintergrund der erhobenen objektiven Befunde als nachvollziehbar. Für Zweifel an dieser Einschätzung besteht umso weniger Anlass, als nicht nur der Kreisarzt Dr. med. E.____ (E. II. 3.1.2 hiervor) sowie die Suva-Ärzte Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ (E. II. 3.1.3 + 3.1.6 hiervor) Zumutbarkeitsprofile formulierten, welche mit dem Gutachten grundsätzlich übereinstimmen, sondern auch die behandelnden Ärzte der Rehaklinik H.____ (E. II. 3.1.3 hiervor), wo man einen Leistungstest durchgeführt hatte (Suva-Nr. 151 S. 9 ff.).

Was die Beschwerdeführerin gegen das I.____-Gutachten vorbringt, dringt nicht durch:

3.2.1.1 Die Beschwerdeführerin macht einmal geltend, die Exploration in der Gutachterstelle sei zu kurz ausgefallen. Im Rahmen einer Begutachtung von insgesamt drei

Stunden sei es nicht möglich gewesen, ihren Gesundheitszustand angemessen zu erfassen. Dem ist zu entgegen, dass die Rechtsprechung keinen generellen Zeitrahmen für eine Untersuchung definiert (Urteil des Bundesgerichts 8C_464/2011 vom 9. März 2012 E. 5.2). Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2). Dies ist hier der Fall, dokumentiert das Gutachten doch für beide Fachrichtungen eine umfassende und gründliche Untersuchung mit Erhebung aller erforderlichen Befunde und Angaben (s. Suva-Nr. 158 S. 19 - 22 sowie 26 - 31). Es fehlen konkrete Hinweise dafür, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität der Begutachtung ausgewirkt hat (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1), zumal man eine dreistündige Begutachtung für zwei Disziplinen schwerlich als kurz bezeichnen kann. Wenn die Beschwerdeführerin vorbringt, bei einer längeren Untersuchung wäre bemerkt worden, dass sie nicht mehr als 20 Minuten am Stück sitzen könne, ist darauf hinzuweisen, dass das Gespräch mit dem psychiatrischen Experten eine Stunde dauerte (Suva-Nr. 158 S. 21 unten Ziff. 4.3) und dieser in der Tat feststellte, dass die Beschwerdeführerin mehrmals aufstand, um den Rücken zu entlasten (S. 22). Es kann also keine Rede davon sein, dass hier etwas übersehen wurde. Entscheidend ist freilich, dass sich dieses Verhalten der Beschwerdeführerin nicht mit den erhobenen Befunden deckt und keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründet, zumal sich vom Rücken her weder radikuläre Zeichen noch relevante degenerative Veränderungen der Wirbelsäule feststellen liessen.

3.2.1.2 Soweit die Beschwerdeführerin moniert, es hätte zusätzlich zur orthopädischen einer rheumatologischen und neurologischen Exploration bedurft, ist zu betonen, dass es im pflichtgemässen Ermessen des Sachverständigen liegt, gegebenenfalls den Begutachtungsumfang zu erweitern. Man darf davon ausgehen, dass der orthopädische Experte Dr. med. J. ___ weitere Fachärzte beigezogen hätte, wenn dies auf Grund der Befundlage geboten gewesen wäre (Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.1 und 9C_430/2015 vom 25. Januar 2016 E. 5.2). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass sich sowohl Orthopäden als auch Rheumatologen gleichermaßen mit Schmerzen des Bewegungsapparats befassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.4), was ebenfalls dafür spricht, dass die vorliegende Beurteilung durch den orthopädischen Experten ausreichend ist. Was das neurologische Fachgebiet betrifft, so waren frühere Abklärungen aktenkundig (s. Suva-Nr. 134 / Nr. 151 S. 7 oben), welche der orthopädische Experte berücksichtigen konnte. Hinzu kommt, dass später noch eine Würdigung der Akten durch den Neurologen Dr. med. G. ___ erfolgte, ohne dass dieser zu wesentlich anderen Erkenntnissen gelangt wäre oder weitere Abklärungen als erforderlich angesehen hätte.

3.2.1.3 Der Einwand der Beschwerdeführerin, die Experten hätten sich in Widersprüche verwickelt und wichtige Umstände übergangen, ist nicht stichhaltig:

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin muss es durchaus als Inkonsistenz gelten, wenn sie klagt, sie könne nur kurze Zeit sitzen, zugleich aber angibt, dass sie mit dem Auto fährt und jedes Jahr in ihre Heimat reist (Suva-Nr. 158 S. 23 Ziff. 7.3.2). Eine weitere Diskrepanz liegt zudem darin, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung immer wieder aufstand, eine solche Entlastung des Rückens aber nicht in Einklang mit den objektiven Befunden stand (s. E. II. 3.2.1.1 in fine hiavor).

Keinen Widerspruch stellt es zudem dar, wenn es an einer Stelle im psychiatrischen Teilgutachten heisst, die Beschwerdeführerin fühle sich psychisch gut (Suva-Nr. 158 S. 19 Ziff. 3.1), und an einer anderen, die sozialen Verhältnisse seien belastet (S. 20 unten). Der Experte gibt hier nur die Angaben wieder, welche die Beschwerdeführerin ihm gemacht hat. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, inwieweit die Aussage der Beschwerdeführerin, sie fühle sich nicht (psychisch) krank, die Beurteilung des Experten verfälscht haben sollte, denn dieser stützte sich für seinen Schluss, es liege keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor, auf den erhobenen objektiven Psychostatus und das beobachtete Verhalten der Beschwerdeführerin.

Richtig ist, dass die behandelnden Ärzte den Sturz der Beschwerdeführerin am 25. September 2016 auf eine Gangunsicherheit wegen der Fussverletzung vom 13. November 2015 zurückgeführt hatten. Eine solche Gangunsicherheit konnte jedoch bei der orthopädischen Begutachtung nicht festgestellt werden (s. Suva-Nr. 158 S. 32 Ziff. 7.3.1), was damit korrespondiert, dass seit dem 25. September 2016 keine weiteren Stürze dokumentiert sind. Die Beschwerdeführerin kann daher nicht behaupten, der orthopädische Experte habe einen Befund übersehen, der ihre Leistungsfähigkeit zusätzlich einschränke.

Was den verminderten Oberschenkelumfang angeht, so zeigt dieser zwar, dass die Beschwerdeführerin ihr linkes Bein schonte. Diesem Umstand wurde aber mit dem Ausschluss von rein stehenden und gehenden Tätigkeiten im Zumutbarkeitsprofil hinreichend Rechnung getragen; der verminderte Umfang bedeutet nicht, dass alle weiteren Einschränkungen, welche die Beschwerdeführerin vorbrachte, aber nicht objektiviert werden konnten, auf eine organische Ursache zurückgehen.

Unzutreffend ist der Einwand, der orthopädische Experte habe es versäumt, sich zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu äussern, finden sich doch dazu im Gutachten sehr wohl Angaben (s. Suva-Nr. 158 S. 36 Ziff. 8.2.1). Aus dem formulierten Zumutbarkeitsprofil erhellt entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch, was der Experte unter leichten Einschränkungen versteht, wird doch gesagt, welche Verrichtungen zu vermeiden sind.

3.2.1.4 Welche Bedeutung dem geltend gemachten CRPS zukommt, muss nicht abschliessend geklärt werden, denn ein solches wäre ohnehin nicht unfallkausal. Dafür müssten praxisgemäss innert sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (hier also bis spätestens am 8. Januar 2016) zumindest einige der typischen Symptome echtzeitlich belegt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2020 vom 2. September 2020 E. 3.2), d.h. im Vergleich zum erwarteten Heilungsverlauf unangemessen starke, schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (wie z.B. Allodynie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen, u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen oder lokal vermehrtes Haarwachstum (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2). In den Akten ist aber bis am 8. Januar 2016 lediglich von einem Hämatom und einer Schwellung, einer Druckdolenz und schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen die Rede (s. Suva-Nrn. 15 + 17). Damit fehlt es im massgeblichen Zeitraum an den spezifischen Symptomen eines CRPS. Erst später, bei der Untersuchung vom 18. Januar 2016, war erstmals von brennenden Schmerzen die Rede (Suva-Nr. 29), während die (Differential-)Diagnose eines CRPS am 29. März 2016 gestellt wurde (Suva-Nr. 44 S. 2).

3.2.1.5 Aus der Feststellung des psychiatrischen Experten, die Beschwerdeführerin setze ihre Beschwerden durch Mimik, Gestik und mehrmaliges Aufstehen in Szene (Suva-Nr. 158 S. 23 Ziff. 7.3.1), lässt sich keine Abneigung des Experten gegen die Beschwerdeführerin ableiten. Es gehört zu den Aufgaben des Sachverständigen, das beobachtete Verhalten der versicherten Person zu würdigen und Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben treffen; allein daraus ergibt sich kein Anschein einer Befangenheit (Urteil des Bundesgerichts 9C_554/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 3.2.1). Dies muss hier umso mehr gelten, als der Experte die fragliche Aussage durchaus sachlich formulierte. Andere Bemerkungen oder Verhaltensweisen des Experten, welche auf eine Befangenheit hindeuten könnten, sind keine ersichtlich.

3.2.2 Die Beschwerdeführerin beruft sich weiter auf die im Beschwerdeverfahren beigebrachten Arztberichte und macht geltend, diese belegten einerseits eine unfallkausale Läsion am linken Fuss und zeigten andererseits, dass der Fallabschluss per Ende Mai 2018 zu früh erfolgt sei. Dieser Standpunkt wird allerdings durch die überzeugende Beurteilung der Dres. F.____ und G.____ vom 18. August 2020 widerlegt, welche sich zur Begründung auf die medizinische Fachliteratur stützen kann. Aus dieser Beurteilung geht hervor, dass der Eingriff vom 19. Februar 2020 nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückgeführt werden kann und bereits davor ein Endzustand erreicht worden war. Eine Verbesserung durch eine Behandlung, welche ein unfallfremdes Leiden betrifft, steht dem Fallabschluss nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2008 vom 18. August 2008 E. 3.2.2).

Die Beschwerdeführerin bringt vor, der Beschwerdegegnerin sei es nicht gestattet, im Beschwerdeverfahren weitere Abklärungen vorzunehmen, weshalb die Stellungnahme der Suva-Ärzte vom 18. August 2020 von vornherein unbeachtlich sei. Es kann aber der Beschwerdegegnerin nicht verwehrt werden, eine reine Aktenbeurteilung durch ihre versicherungsinternen Ärzte einzureichen, nachdem die Beschwerdeführerin neue Fakten geltend gemacht und Belege eingereicht hatte, welche der Beschwerdegegnerin noch nicht bekannt waren (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2019 vom 20. August 2019 E. 7.2 und 8C_67/2017 vom 14. Juni 2017 E. 5.6). Dies muss umso mehr gelten, als es zu keiner Verfahrensverzögerung kam: Die Beschwerdegegnerin reichte die Beurteilung innert der ■ nicht erstreckten ■ Frist ein, welche ihr das Gericht zur Stellungnahme gesetzt hatte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_793/2018 vom 7. Mai 2019 E. 3.3.1). Im Übrigen verhält sich die Beschwerdeführerin mit dieser Rüge widersprüchlich, hatte sie doch am 29. Juni 2020 selber verlangt, beim Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin seine eine weitere Stellungnahme einzuholen (A.S. 76).

Inhaltlich geht die Beschwerdeführerin nicht näher auf die Beurteilung der Dres. F.____ und G.____ ein, d.h. sie verzichtet auf konkrete Einwände gegen deren detaillierte Begründung. Sie macht einzig geltend, das gute Resultat der Operation stütze ihren Standpunkt. Der Umstand, dass der Eingriff erfolgreich war, erlaubt aber offenkundig keine Rückschlüsse darauf, ob der behandelte Bänderriss unfallkausal war oder nicht. Die behandelnden Ärzte stellen zwar einen Zusammenhang mit dem Unfall fest, was aber ohne nähere Begründung bleibt und daher keinen Beweiswert beanspruchen kann.

3.3 Bei diesem Beweisergebnis ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. Mai 2018 abschloss und bei der Rentenprüfung für eine angepasste Tätigkeit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausging. Da keine psychischen Störungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, erübrigt sich eine spezielle

Prüfung, inwieweit diesbezüglich ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang mit dem Unfall besteht. Dem Ereignis vom 25. September 2016 kommt keine eigenständige Bedeutung zu, da die Ellbogenkontusion laut Gutachten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, während eine allfällige Beeinträchtigung durch die Kniekontusion im Zumutbarkeitsprofil, das wechselbelastende Tätigkeiten vorsieht, mit abgedeckt wird.

4. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen (Invalideneinkommen), das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen (Valideneinkommen), das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Die Beschwerdeführerin stellt einem Valideneinkommen von CHF 44'092.00 (welches an den Verdienst vor dem Unfall anknüpft) ein Invalideneinkommen von CHF 51'172.00 (beruhend auf der Suva-eigenen Dokumentation von Arbeitsplätzen / DAP, Suva-Nr. 159) gegenüber, womit keine Einkommenseinbusse und damit auch keine Invalidität vorliegt, welche einen Rentenanspruch begründen könnte (Suva-Nr. 161 S. 2). Gegen die Höhe dieser beiden Vergleichseinkommen erhebt die Beschwerdeführerin zu Recht keine Einwände.

E. 4

Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei der unterzeichnende Anwalt als ihr unentgeltlicher Vertreter einzusetzen.

E. 5

5.1 Die versicherte Person hat Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG). Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202).

Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Für die Bemessung der Entschädigung gelten die Richtlinien des Anhangs 3 (Art. 36 Abs. 2 UVV). Der Bundesrat hat dort in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32, 113 V 218 E. 2a S. 219) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet, d.h. einen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes festgesetzt, welcher im Regelfall der Integritätsentschädigung entspricht. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala sog. Feinraster erarbeitet (<http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherung-gsmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>, alle Websites besucht am 23. Dezember 2020). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1

Anhang 3 bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz gelte im Regelfall, d.h. im Einzelfall sind Abweichungen nach unten wie nach oben möglich. Soweit die Suva-Tabellen jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichstellung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit Anhang 3 der UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

Die Schwere des Integritätsschadens beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem Befund ist der Integritätsschaden für alle versicherten Personen gleich, d.h. er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35). Spezielle Behinderungen der betroffenen Personen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt, d.h. die Bemessung des Integritätsschadens hängt nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab. Auch geht es bei der Integritätsentschädigung nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b S. 221 f. mit Hinweisen). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und bei teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung ganz entfällt, wenn er weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2 Anhang 3).

Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen. Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund. In einem ersten Schritt fällt es dem Arzt zu, sich ■ unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden ■ dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht wird und, bejahendenfalls, welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dabei haben sie sich zwar an die medizinischen Angaben zu halten, doch ändert dies nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung resp. im Streitfall des Gerichts und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_826/2012 vom 28. Mai 2013 E. 2.4 mit Hinweisen).

5.2 Die Dres. F.____ und G.____ hielten in ihren Stellungnahmen fest, es liege keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor, welche das für einen Integritätsschaden erforderliche Ausmass erreiche (E. II. 3.1.3 + 3.1.6 hiervor). Dies verdient Zustimmung:

Die Skala in UVV Anhang 3 sieht für den Verlust resp. die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Fusses einen Integritätsschaden von 30 % vor. Ein solcher Fall ist hier nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin beruft sich denn auch auf eine Instabilität und eingeschränkte Beweglichkeit des Fusses gemäss Suva-Tabelle 2 (<https://www.suva.ch/de-CH/material/Dokumentationen/tabelle-02-integritaetsschaden-bei-funktionsstoerungen-an-den-unteren-extremitaeten>). Diese listet unter dem Titel «Sprunggelenke und Mittelfuss» folgende Schäden auf:

Auch diese Konstellationen liegen hier allesamt nicht vor. Gemäss dem orthopädischen I. ___-Gutachten ist der linke Fuss frei beweglich, mit Ausnahme einer endgradigen Einschränkung am oberen Sprunggelenk (Suva-Nr. 158 S. 32 Ziff. 7.3.1). Dies wird durch den Bericht der Rehaklinik H. ___ bestätigt, der von einer intakten Beweglichkeit und Stabilität spricht (Suva-Nr. 151 S. 8). Etwas anderes ergibt sich auch aus den Berichten nicht, welche die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren einreichte (E. II. 3.1.5 hiervor). Somit fehlt es auf jeden Fall an einem Integritätsschaden, der die Erheblichkeitsschwelle von 5 % erreichen würde, womit kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht.

6. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und ist abzuweisen.

7. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

8. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 5.2

S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 3.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.