

SO_GERICHTE VSBES.2021.148 vom 12. April 2022

SO Obergericht, 2022-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.148_d20220412

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.148 du 12 avril 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.148 del 12 aprile 2022

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1975 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) war im Unfallzeitpunkt vom 5. April 2018 seit dem 29. Januar 2011 bei der B.____ AG, [...], als Reinigungsmitarbeiterin angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), versichert (Akten der Suva [Suva-Nr.] 1)

1.2 Mit Schadensmeldung UVG vom 6. April 2018 (Suva-Nr. 1) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, die Beschwerdeführerin habe am 5. April 2018 um 17:00 Uhr einen Nichtberufsunfall erlitten. Sie sei, als sie in Sri Lanka gewesen sei, gestolpert und hingefallen. Gemäss Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 2. Mai 2018 (Suva-Nr. 54) zog sie sich eine Trimalleolarfraktur rechts sowie eine kombinierte, ossäre Lisfranc-Verletzung und eine ligamentäre Chopart-Verletzung am Fuss rechts zu. Am 8. April 2018 erfolgte eine Repatriierung und am 9. April 2018 wurde im genannten Spital ein sprunggelenksüberbrückender Fixateur externe angelegt. Nach ausreichender Anschwellung der Weichteile erfolgte am 16. April 2018 die definitive osteosynthetische Versorgung (siehe Operationsbericht des Spitals C.____ vom 16. April 2018, Suva-Nr. 30). Die Beschwerdegegnerin anerkannte mit Schreiben vom 10. April 2018 und 1. Mai 2018 ihre Leistungspflicht und richtete Taggelder aus (Suva-Nrn. 12 f. und 24).

1.3 In der Folge fanden diverse ärztliche Konsultationen und Therapien statt. Am 13. August 2019 konnte schliesslich das Osteosynthesematerial entfernt werden (siehe Operationsbericht des Spitals C.____ vom 13. August 2019, Suva-Nr. 123).

1.4 Nach Durchführung weiterer Abklärungen in medizinischer Hinsicht liess die Beschwerdegegnerin den Kreisarzt Dr. med. D.____, Arzt für Allgemeinmedizin, zur Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin Stellung nehmen. Dieser gelangte in seiner Kurzbeurteilung vom 11. Oktober 2019 (Suva-Nr. 130) zum Ergebnis, die Beschwerdeführerin sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsfähig. Eine berufliche Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei aus prognostischer Sicht möglich. Aus medizinischer Sicht sollte die Beschwerdeführerin für drei Monate keine Sprünge aus grösserer Höhe machen. Mit Schreiben vom 24. Oktober 2019 (Suva-Nr. 136) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin daraufhin mit, das Taggeld werde ab dem 1. Februar 2020 eingestellt. Mit Schreiben vom 6. November 2020 (Suva-Nr. 173) an die Beschwerdegegnerin erklärte der Vertreter der Beschwerdeführerin, das Schreiben vom 24. Oktober 2019 werde nicht

akzeptiert und es seien die Taggelder wieder zu entrichten.

1.5 Ein von der IV-Stelle des Kantons Solothurn organisiertes Belastbarkeitstraining (siehe Suva-Nr. 142, S.

E. 2

2.1 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis von 2018 strittig sind, ist das neue Recht anwendbar.

2.2 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115).

2.3 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

E. 2.2

«Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten» der Fassung gemäss der Revision von 2000 gebühre der Versicherten bei einer schmerzhaften Funktionsstörung nach Luxationsfraktur im Lisfranc oder nach Mittelfussfraktur eine Integritätsentschädigung von 10 ■ 20 %. Aktuell würde der Versicherten bezüglich OSG- und TMT II/III-Arthrose eine Integritätsentschädigung von 10 % zustehen, unter Berücksichtigung der mittel- bis langfristig zu erwartenden Entwicklung werde der Integritätsschaden für das OSG sowie die kombinierte Lisfranc- und Chopart-Verletzung auf 20 % festgelegt. Diese kreisärztlichen Einschätzungen erscheinen basierend auf den medizinischen Befunden und der Feinrastertabellen der Suva nachvollziehbar und

überzeugend. Da ausserdem keine abweichenden Meinungen von ärztlichen Sachverständigen vorliegen, ist auf die durch den Kreisarzt festgelegte Integrationseinbusse von insgesamt 20 % abzustellen.

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 6. April 2021 und Einspracheentscheid vom 10. August 2021 per 1. März 2021 resp. die Taggeldleistungen mit dem 12. November 2020 eingestellt, den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint und der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung von 20 % zugesprochen hat. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Lazar

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). 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 (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) 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 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_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 Für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). 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. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Zwischen den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass die persistierenden gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 5. April 2018 stehen. Hingegen ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 1. März 2021 den Fallabschluss vorgenommen und den Anspruch auf weitere Taggeldleistungen bzw. auf eine Rente verneint sowie richtigerweise eine Integritätsentschädigung von 20 % zugesprochen hat. Konkret zur Diskussion stehen die geltend gemachten, fortbestehenden Fussbeschwerden. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen von Belang:

4.1 Die Beschwerdeführerin zog sich aufgrund eines Stolpersturzes während ihres Aufenthalts in Sri Lanka eine sublukierte Trimalleolarfraktur sowie eine kombinierte, ossäre Lisfranc-Verletzung und eine ligamentäre Chopart-Verletzung am rechten Fuss zu. Gemäss Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 2. Mai 2018 (Suva-Nr. 54) sei die Beschwerdeführerin vom 8. April 2018 bis 24. April 2018 im Spital hospitalisiert gewesen. Im Spital sei die stationäre Aufnahme zur geschlossenen Reposition und Anlage eines sprunggelenksüberbrückenden Fixateurs externe rechts am 9. April 2018 erfolgt. Nach ausreichender Abschwellung der Weichteile sei am 16. April 2018 die definitive osteosynthetische Versorgung erfolgt (Plattenosteosynthese mit einer 8 Loch-Drittelrohr-LCP-Platte und 2 x 2.7 mm-Kortikalizugschraube sowie Refixation des Wagstaff-Fragmentes mit einer 2.0 mm-Schraube Malleolus lateralis; Schraubenosteosynthese Malleolus medialis mit 2 x 2.7 mm-Kortikalisschraube; siehe Operationsbericht vom 16. April 2018, Suva-Nr. 30). Die Beschwerdeführerin habe am 24. April 2018 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause

entlassen werden können.

4.2 Gemäss Sprechstundenbericht des Spitals C.____ vom 11. September 2018 (Suva-Nr. 48) zeige sich insgesamt eine zunehmende Besserung der initial noch eingeschränkten Beweglichkeit. Insbesondere aufgrund der eingeschränkten Dorsalextension bestehe jedoch weiterhin ein intensiver Physiotherapiebedarf, weshalb der Patientin ein neues Physiotherapiezept ausgestellt worden sei. Zusätzlich sei der Patientin eine Schuheinlage mit retrokapitaler Abstützung verordnet worden. Aufgrund der weiterhin eingeschränkten Beweglichkeit bestehe für einen weiteren Monat eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

4.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 28. November 2018 (Suva-Nr. 77) fest, unter Belastung verspüre die Beschwerdeführerin weiterhin Schmerzen im rechten Fuss, neu auch im rechten Knie. Es zeige sich noch eine leichte Schwellung und Druckdolenz über dem Vor- und Mittelfuss. Insbesondere im Bereich des 1. und 2. Strahls, Plantarflexion noch eingeschränkt. Extension erreiche knapp 90°. Es sei eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 20 % auf den 1. Dezember 2018 vorgesehen.

4.4 Am 25. Januar 2019 fand eine Röntgenuntersuchung des rechten Fusses sowie des oberen rechten Sprunggelenks statt. Dr. med. F.____, Oberarzt, Institut für Radiologie, Spital C.____, berichtete, im oberen Sprunggelenk bestehe die Fraktur am Malleolus medialis mit gering progredienter Konsolidation, jedoch Frakturspalten weiterhin deutlich abgrenzbar. Hier bestehe der Verdacht auf eine Pseudoarthrose. Vollständige Konsolidation der lateralen Malleolarfraktur. Regelrechte Stellung im OSG. Sonst stationärer Befund. Am rechten Fuss stationäre Stellung der Frakturen im Chopart- und Lisfranc-Gelenk mit vollständiger Konsolidation. Vorbestehend fleckig osteopene Knochenmatrix (Suva-Nr. 89, S. 1).

4.5 Am 31. Januar 2019 erfolgte eine CT-Untersuchung beider Füsse im Spital C.____. Dr. med. G.____, Oberarzt, Institut für Radiologie, berichtete von einer achsengerechten Stellung der kongruenten Malleolengabel. Leicht progrediente Gelenkspaltverschmälerung im OSG im Sinne von beginnenden sekundärarthrotischen Veränderungen. Vollständige Konsolidation der Fraktur des medialen Malleolus mit residueller Defektzone in der Artikulationsfläche von 3 x 5 mm und einer Tiefe von 2 mm. Vollständige Konsolidation des kleinen Volkmannfragments mit stationärer Stufe von 1 mm und angrenzend insgesamt vier kleinen Verkalkungen im Gelenkspalt DD freie Gelenkkörper von 1 mm Grösse. Stationäre Stellung der intraartikulären Basisfraktur Os metatarsale I mit partiellem ossärem Durchbau bei dorsalseitig noch einsehbarer Frakturspalte. Vollständig konsolidierte Basisfraktur Os metatarsale II mit vorbestehend, nicht konsolidiertem Fragment (1 mm) zwischen Basis Os metatarsale II und Os cuneiforme mediale. Unveränderte Stellung der bereits fortgeschritten konsolidierten Basisfraktur Os metatarsale III mit residuellem Defekt in der Artikulationsfläche von 4 x 1 mm und einer Tiefe von 5 mm ohne relevante Gelenkstufe. Ebenso fortgeschritten konsolidierte Fraktur des Os cuboideums mit residuellem Defekt laterodorsal in der Artikulationsfläche zum Os metatarsale IV von 4 x 4 x 8 mm. Stationäre ossäre Fragmente caudal des Malleolus medialis auf Höhe des Sustentaculum tali. Stationäre leichtgradige Grosszehengrundgelenksarthrose (Suva-Nr. 89, S. 2 f.).

4.6 Dem Bericht des Spitals C.____ vom 14. Februar 2019 (Suva-Nr. 94, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, computertomographisch habe der Verdacht einer Delayed Union im Bereich

des Malleolus medialis nicht erhärtet werden können, es zeige sich lediglich eine kleine residuelle Defektzone. Klinisch zeige sich vor allem die Narbenregion druckdolent, welche Verwachsungen mit dem Malleolus medialis zeige. Die belastungsabhängigen Schmerzen über dem Fussrücken rechts seien am ehesten durch die noch nicht ganz konsolidierten Frakturen der Fusswurzelknochen und Ossa metatarsalia zu erklären. Diesbezüglich gegebenenfalls Anpassen der bereits vorhandenen Schuheinlagen zur Stützung des Fuss skelettes und Tragen von festerem Schuhwerk bei weiterhin Belastung nach Massgabe der Beschwerden. Aus medizinischer Sicht wäre eine Umschulung auf eine sitzende Berufstätigkeit sicherlich sinnvoll. Diesbezüglich seien gemäss Ehemann bereits erste Schritte mit der Suva in die Wege geleitet worden. Arbeitsunfähigkeit zu 100 % für stehende Tätigkeiten bis Ende März 2019 ausgestellt, sitzende Tätigkeiten ab sofort möglich.

4.7 Am 23. April 2019 fand im Spital C.____ die 1-Jahreskontrolle nach Osteosynthese vom 16. April 2018 statt. Gemäss dazugehörigem Bericht (Suva-Nr. 100, S. 2 f.) klagte die Beschwerdeführerin über Beschwerden unter Belastung. Die Beweglichkeit sei mässig eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei durch die Einschränkung des Bewegungsumfanges des OSG beim Sitzen auf dem Boden gestört. Ausserdem gebe sie eine lokale Druckdolenz über der Platte sowie im Bereiche des Malleolus medialis an. Es sei ihr deshalb die Entfernung des Osteosynthesematerials empfohlen worden. Gleichzeitig sei sie jedoch auch darauf hingewiesen worden, dass dies kaum zu einer Verbesserung des Bewegungsumfanges führen werde.

4.8 Der Kreisarzt med. pract. H.____, Facharzt für Chirurgie, kam in seiner Beurteilung vom 15. Mai 2019 (Suva-Nr. 104) zum Ergebnis, aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation sei ab sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben.

4.9 Am 13. August 2019 erfolgte im Spital C.____ die komplette Entfernung des Osteosynthesematerials (siehe Operationsbericht vom 13. August 2019, Suva-Nr. 123, S. 2 f.).

4.10 Dr. med. E.____ führte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2019 (Suva-Nr. 128) aus, es bestünden auch nach Entfernung des Osteosynthesematerials weiterhin Schmerzen beim Gehen und insbesondere beim Abrollen, Hypästhesie-Areal auf dem medialen Fussrücken im Bereiche des 1. Strahls. Druckdolenz über dem Fussrücken medial, Extension im OSG leicht eingeschränkt. Bisher bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die frühere Tätigkeit.

4.11 Kreisarzt Dr. med. D.____, Arzt für Allgemeinmedizin, kam in seiner Kurzbeurteilung vom 11. Oktober 2019 (Suva-Nr. 130) zum Ergebnis, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe 21 Tage nach der Materialentfernung ganztags eine Arbeitsfähigkeit. Aus prognostischer Sicht sei die berufliche Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin als möglich zu erachten. Bei der Arbeitsaufnahme gelte es zu berücksichtigen, dass keine Sprünge aus grösserer Höhe für drei Monate gemacht werden dürfen.

4.12 Dem definitiven Bericht über das Belastbarkeitstraining bei der I.____ GmbH, [...], vom 8. Mai 2020 (Suva-Nr. 197) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2020 bis 30. April 2020 ein Aufbaustraining in einem Pensum von 50 % absolvierte, welches vom 18. März 2020 bis 21. April 2020 aufgrund der Corona-Pandemie unterbrochen werden musste. Zunächst habe die Beschwerdeführerin in der Abteilung

Reinigung gearbeitet. Diese Tätigkeit habe sie aufgrund vermehrt aufgetretener Schmerzen abbrechen müssen und sei danach in der Abteilung Kabelkonfektion eingesetzt worden, wo sie abwechselnd sitzend und stehend habe arbeiten können. Die Beschwerdeführerin habe am Ende des Zeitraums der Berichterstattung ein stabiles Pensum von 50 % (4 h / Tag) erreicht. Sie habe während der gesamten Berichtsperiode keine gesundheitsbedingten Absenzen gehabt. Eine weitere Pensumsteigerung seien nicht vorgesehen gewesen, da die Beschwerdeführerin eine Teilzeitstelle suche. Die Beschwerdeführerin sei zum momentanen Zeitpunkt aufgrund der von ihr beschriebenen Schmerzen am Fuss nur eingeschränkt vermittelbar. Einschränkend seien das von ihr gewünschte kleine Teilzeitpensum von 20 ■ max. 40 %, die eingeschränkten täglichen Arbeitszeiten (nicht ganztags, 2 ■ 3 Stunden pro Tag) und die Einschränkungen bei den Tätigkeiten aufgrund der nötigen Wechselhaltung. Sie habe in der I. ___ GmbH mit einem Pensum vom 50 % gearbeitet, was nach Einschätzung der I. ___ GmbH für die Beschwerdeführerin möglich gewesen sei. Die Arbeitsleistung bezüglich Arbeitsqualität habe in dieser Zeit den Anforderungen des 1. Arbeitsmarktes entsprochen. Das Arbeitstempo sei genügend bis gut gewesen. Es werde empfohlen, der Beschwerdeführerin eine Teilzeitstelle zu suchen, wo sie ihren Fuss entlasten könne, das heisse, hauptsächlich sitzen könne, jedoch auch die Möglichkeit habe, zwischendurch stehend zu arbeiten. Eine Anstellung im 1. Arbeitsmarkt sei realistisch. Bei einem Teilzeitpensum mit der Möglichkeit zur Wechselhaltung, werde die Beschwerdeführerin als vermittelbar erachtet.

4.13 Anlässlich der orthopädischen Fuss-Sprechstunde im Spital C. ___ vom 11. Juni 2020 (Suva-Nr. 153) berichtete die Beschwerdeführerin von Schmerzen am rechten Fuss seit dem Unfall. Die Hauptschmerzen lokalisierten sich am medialen Sprunggelenk und Mittelfuss. Einlagenversorgung bereits vorhanden. Die Einlagen hätten jedoch keine Linderung der Beschwerden gebracht. Aktuell befinde sich die Patientin bei der IV in der Wiedereingliederung. Jedoch würden bereits nach ca. einstündiger Belastung bereits Schmerzen und Schwellung auftreten, so dass die Arbeitsaufnahme erschwert bis unmöglich sei. Seit längerem keine Physiotherapie mehr. Analgetika-Therapie mit Dafalgan und bei Bedarf Irfen. Konventionell radiologisch (siehe radiologischer Bericht Spital C. ___ vom 11. Juni 2020, Suva-Nr. 155) zeige sich bereits eine beginnende Arthrose im oberen Sprunggelenk sowie der Mittelfussgelenke betont in der Lisfranc-Gelenkslinie.

4.14 Am 24. Juni 2020 erfolgte eine SPECT-Untersuchung sowie eine CT-Untersuchung beider Füsse. Im Bericht des Spitals C. ___ vom 25. Juni 2020 (Suva-Nr. 164) wird aufgeführt, es bestehe eine aktivierte posttraumatische Arthrose zwischen der distalen Fibula und dem Talus sowie weniger aktiviert zwischen dem medialen Malleolus und dem Talus bei postoperativer Deformität der distalen Fibula sowie des Malleolus medialis. Leichte Aktivierung im USG rechts betont im posterioren Anteil. Zusätzlich leicht aktivierte Arthrose im Lisfrancschen Gelenk rechts. Aktivierter Fersensporn links, deutlich weniger aktiviert rechts. Gonarthrose und Retropatellararthrose, Grosszehengrundgelenksarthrose rechts.

4.15 Dem Fuss-Sprechstundenbericht des Spitals C. ___ vom 25. Juni 2020 (Suva-Nr. 162) lässt sich entnehmen, dass die Fussbeschwerden der Patientin durch die posttraumatische Arthrose in der Lisfranc Gelenkslinie und im OSG verursacht worden seien. Es sei die diagnostisch / therapeutische Infiltration der TMT-II- und III-Gelenke unter BV-Kontrolle besprochen worden. Sollte postinterventionell im TMT-II- und III-Gelenk ein positives Infiltrationsergebnis vorliegen, könne eine operative Arthrodeese der Gelenke diskutiert

werden bei bereits entsprechender Arthrose. Im oberen Sprunggelenk seien die arthrotischen Veränderungen von geringem Ausmass, weshalb hier mit einer operativen Versorgung zugewartet werden könne. Hier sei ebenfalls eine diagnostisch/therapeutische Infiltration unter BV-Kontrolle vorgesehen. Es werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Anfang August 2020 ausgestellt.

4.16 Am 2. Juli 2020 erfolgte im Spital C.____ die Infiltration der TMT-II- und III-Gelenke Fuss rechts mit je 1 ml Mepivacain 5 mg/ml sowie 20 mg Kenacort. Gemäss dem gleichentags erstellten Bericht (Suva-Nr. 161) scheine unmittelbar nach der Infiltration die Patientin bei Belastung beschwerdefrei. Aufgrund sprachlicher Probleme sei diese Aussage aber nur bedingt verwertbar.

4.17 Kreisarzt Dr. med. D.____ führte in seiner Beurteilung vom 4. August 2020 (Suva-Nr. 165) aus, die berufliche Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei aus prognostischer Sicht grundsätzlich möglich, hänge aber von der konkreten Tätigkeit ab. Ansonsten bestehe in einer angepassten Tätigkeit seit Langem eine ganztätige Arbeitsfähigkeit.

4.18 Dem Fuss-Sprechstundenbericht von Dr. med. J.____, Leitender Arzt, Klinik für Orthopädie, Spital C.____, vom 8. September 2020 (Suva-Nr. 168, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, bei unauffälligem Integument finde sich noch eine leichte Druckdolenz über dem OSG anterior sowie über der Lisfranc-Gelenklinie rechts. Es gebe einen erfreulichen Verlauf mit anhaltender Beschwerdelinderung durch die durchgeführten Infiltrationen. Er, Dr. med. J.____, habe der Patientin erklärt, dass sie bei Belastung möglichst solides Schuhwerk tragen sollte, da damit die Beschwerden sehr wahrscheinlich weniger stark aufträten. Er denke auch, dass die Arbeitsaufnahme grundsätzlich ab sofort erfolgen könnte. Dass bei den nachgewiesenen posttraumatischen Gelenksveränderungen gewisse Einschränkungen in rein stehenden und gehenden Arbeiten bestünden, sei anzunehmen. Hierfür könnte allenfalls mit einer orthopädischen Schuhversorgung noch Beschwerdelinderung erreicht werden. In einem sitzenden Beruf würden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gesehen. Dr. med. J.____ habe der Beschwerdeführerin noch bis heute eine Arbeitsunfähigkeit attestiert und er denke, dass die Job-Suche oder Wiedereingliederung nun vorangetrieben werden könne.

4.19 Dem Bericht von Dr. med. E.____ vom 23. September 2020 (Suva-Nr. 199) lässt sich entnehmen, aufgrund eines 2018 erlittenen Unfalles mit Frakturen am rechten Sprunggelenk leide die Beschwerdeführerin an einer posttraumatischen Arthrose. Die Belastbarkeit dieses Gelenkes sei deswegen eingeschränkt. Längeres Stehen, Gehen und Treppensteigen sowie das Tragen von mittelschweren bis schweren Lasten seien nicht mehr möglich. Die Beschwerdeführerin könne ihre bisherige Tätigkeit in der Reinigung nicht mehr ausüben. Für eine leichte, angepasste Tätigkeit, welche sie mehrheitlich sitzend ausüben könne, bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit von ca. 30 % (2 ■ 3 Stunden täglich).

4.20 In seiner ärztlichen Beurteilung vom 14./15. Dezember 2020 (Suva-Nrn. 179 und 181) hielt der Kreisarzt Dr. med. D.____ fest, wie aus der vorliegenden Dokumentation ersichtlich, habe die letzte Arztkontrolle am 8. September 2020 stattgefunden. Anlässlich dieser sei festgehalten worden, dass in rein stehenden und gehenden Tätigkeiten eine gewisse Einschränkung bestehe. Diesbezüglich könnte eine orthopädische Schuhversorgung noch Beschwerdelinderung bringen. In einem sitzenden Beruf werde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesehen. Weiter sei festgehalten worden, dass aktuell keine

Behandlungsnotwendigkeit bestehe, bei Bedarf jedoch eine erneute Infiltration erfolgen könnte. Es bestehe somit aktuell keine Behandlungsnotwendigkeit. In einer angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren, ca. 50 % sitzenden Tätigkeit sei unter folgenden Voraussetzungen von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit auszugehen: Keine Tätigkeiten in unebenem Gelände, keine Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, keine knienden und/oder kauernenden Tätigkeiten, keine Tätigkeiten mit repetitivem Treppensteigen, insbesondere unter Gewichtsbelastung.

4.21 Dem Bericht zur ambulanten Fuss-Sprechstunde von Dr. med. J.____ vom 23. März 2021 (Suva-Nr. 210, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, es finde sich ein unauffälliges Integument. Es finde sich weiter eine deutliche Druckdolenz über der Lisfranc-Gelenklinie, vor allem über dem TMT-II- und III-Gelenk. Über dem OSG anterior zeige sich heute nur eine diskrete Druckdolenz. Keine Beschwerdeauslösung durch passive OSG-Mobilisation. Die Beschwerdeführerin wünsche eine Wiederholung der Infiltration. Aufgrund der heutigen Beschwerden würden wiederum erst das TMT-II- und III-Gelenk rechts infiltriert. Mit der Beschwerdeführerin sei man so verblieben, dass sie bald nach der Infiltration Rückmeldung gebe, falls die Beschwerden nicht vollständig verschwänden resp. über dem OSG noch vorhanden seien. In diesem Fall würde gleich ein neuer Termin für eine erneute Infiltration vereinbart werden. Falls die Beschwerdelinderung wiederum nur zwei Monate anhalte, wäre eine definitive Lösung zu diskutieren. Bezüglich der TMT-Arthrose wäre eine Arthrode die Therapie der Wahl und hätte für die Beschwerdeführerin nach abgeschlossener Heilung keine funktionellen Nachteile zur Folge. Im OSG sei die Arthrose nicht stark fortgeschritten, so dass Dr. med. J.____ mit einer operativen Versorgung (Prothese oder Arthrode) auch aufgrund des noch relativ jungen Alters der Beschwerdeführerin zurückhaltender sei.

4.22 In seinem Fuss-Sprechstundenbericht vom 19. August 2021 (Suva-Nr. 238, S. 2 f.) berichtet Dr. med. J.____ nach Infiltration des TMT-I-Gelenks rechts am 14. Juli 2021, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin seien die Beschwerden zum Teil weggegangen und seien bis heute weggeblieben. Die Beschwerdereduktion betrage etwa 50 bis 60 %, womit sie sehr gut zurechtkomme. Auch die Schmerzen in der lateralen Lisfranc-Gelenkreihe seien nicht wieder aufgetreten. Dafür beklage die Patientin nun Metatarsalgien im Bereich der MT I bis III. Eine Einlagenversorgung bestehe, reiche zur Beschwerdelinderung aber offenbar nicht aus. Es sei sehr erfreulich, dass die Schmerzen im Bereich der Lisfranc-Gelenkreihe unter der Infiltrationstherapie eine anhaltende Regredienz gezeigt hätten. Mittlerweile störten die Vorfussbeschwerden die Patientin. Zudem seien die Mittelfussbeschwerden nicht vollständig verschwunden, so dass er, Dr. med. J.____, aufgrund der im SPECT-CT multiplen degenerativen Gelenksveränderungen und nun auch Schmerzen im Vorfussbereich, der Patientin einen orthopädischen Serienschuh mit Fussbett nach Mass, Sohlenversteifung und Abrollhilfe verordne, da die Einlagenversorgung nicht genüge. Die Patientin werde sich bei einem Orthopädienschuhmachermeister in der Nähe vorstellen.

5. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass der Beschwerdeführerin per 1. März 2021 keine Leistungen mehr zustehen, da der medizinische Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht worden sei. Dabei stützt sie sich auf die Aktenbeurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. D.____ vom 14./15. Dezember 2020.

5.1 Der Umstand, wonach Dr. med. D.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert

seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation des rechten Fusses sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Somit war die von der Beschwerdeführerin gerügte fehlende persönliche Untersuchung nicht notwendig.

5.2 Inhaltlich musste sich der Kreisarzt Dr. med. D.____ aufgrund der ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu äussern, ob eine Behandlung unfallbedingt noch notwendig sei und welche Tätigkeiten und Verrichtungen die Beschwerdeführerin in Anbetracht der unfallbedingt verbleibenden Belastbarkeit noch ausüben könne (siehe Suva-Nr. 179). Seine Stellungnahme scheint auf den ersten Blick zwar kurz, ist jedoch mit Blick auf die Vorakten und den gesundheitlichen Verlauf der Beschwerdeführerin ausreichend, schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar. Der Kreisarzt kommt zum Ergebnis, dass aktuell keine Behandlungsnotwendigkeit mehr bestehe. Seine Einschätzung basiert auf den Erkenntnissen der medizinischen Vorakten, insbesondere stützt er sich auf die damals letzte Untersuchung der Beschwerdeführerin bei Dr. med. J.____ im Spital C.____ vom

E. 4

Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine externe orthopädisch-chirurgische Begutachtung zu initiieren.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2021 (A.S. 45 ff.) auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Replik vom 18. November 2021 (A.S. 58 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. 5. In ihrer Duplik vom 25. November 2021 (A.S. 70) schliesst die Beschwerdegegnerin weiterhin auf Abweisung der Beschwerde. 6. Die am 10. Dezember 2021 durch den Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote (A.S. 74 f.) geht mit Verfügung vom 13. Dezember 2021 (A.S. 76) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 10. August 2021 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109). 2. 2.1 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis von 2018 strittig sind, ist das neue Recht anwendbar. 2.2 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen,

Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115).

2.3 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). 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 (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) 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 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_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 Für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). 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. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Zwischen den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass die persistierenden gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 5. April 2018 stehen. Hingegen ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 1. März 2021 den Fallabschluss vorgenommen und den Anspruch auf weitere Taggeldleistungen bzw. auf eine Rente verneint sowie richtigerweise eine Integritätsentschädigung von 20 % zugesprochen hat. Konkret zur Diskussion stehen die geltend gemachten, fortbestehenden Fussbeschwerden. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen von Belang:

4.1 Die Beschwerdeführerin zog sich aufgrund eines Stolpersturzes während ihres Aufenthalts in Sri Lanka eine subluxierte Trimalleolarfraktur sowie eine kombinierte, ossäre Lisfranc-Verletzung und eine ligamentäre Chopart-Verletzung am rechten Fuss zu. Gemäss Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 2. Mai 2018 (Suva-Nr. 54) sei die Beschwerdeführerin vom 8. April 2018 bis 24. April 2018 im Spital hospitalisiert gewesen. Im Spital sei die stationäre Aufnahme zur geschlossenen Reposition und Anlage eines sprunggelenksüberbrückenden Fixateurs externe rechts am 9. April 2018 erfolgt. Nach ausreichender Abschwellung der Weichteile sei am 16. April 2018 die definitive osteosynthetische Versorgung erfolgt (Plattenosteosynthese mit einer 8 Loch-Drittelrohr-LCP-Platte und 2 x 2.7 mm-Kortikalisschraube sowie Refixation des Wagstaff-Fragmentes mit einer 2.0 mm-Schraube Malleolus lateralis; Schraubenosteosynthese Malleolus medialis mit 2 x 2.7 mm-Kortikalisschraube; siehe Operationsbericht vom 16. April 2018, Suva-Nr. 30). Die Beschwerdeführerin habe am 24. April 2018 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können.

4.2 Gemäss Sprechstundenbericht des Spitals C.____ vom 11. September 2018 (Suva-Nr. 48) zeige sich insgesamt eine zunehmende Besserung der initial noch eingeschränkten Beweglichkeit. Insbesondere aufgrund der eingeschränkten Dorsalextension bestehe jedoch weiterhin ein intensiver Physiotherapiebedarf, weshalb der Patientin ein neues Physiotherapiezept ausgestellt worden sei. Zusätzlich sei der Patientin eine Schuheinlage mit retrokapitaler Abstützung verordnet worden. Aufgrund der weiterhin eingeschränkten Beweglichkeit bestehe für einen weiteren Monat eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

4.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 28. November 2018 (Suva-Nr. 77) fest, unter Belastung verspüre die Beschwerdeführerin weiterhin Schmerzen im rechten Fuss, neu auch im rechten Knie. Es zeige sich noch eine leichte Schwellung und Druckdolenz über dem Vor- und Mittelfuss.

Insbesondere im Bereich des 1. und 2. Strahls, Plantarflexion noch eingeschränkt. Extension erreiche knapp 90°. Es sei eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 20 % auf den 1. Dezember 2018 vorgesehen. 4.4 Am 25. Januar 2019 fand eine Röntgenuntersuchung des rechten Fusses sowie des oberen rechten Sprunggelenks statt. Dr. med. F.____, Oberarzt, Institut für Radiologie, Spital C.____, berichtete, im oberen Sprunggelenk bestehe die Fraktur am Malleolus medialis mit gering progredienter Konsolidation, jedoch Frakturspalten weiterhin deutlich abgrenzbar. Hier bestehe der Verdacht auf eine Pseudoarthrose. Vollständige Konsolidation der lateralen Malleolarfraktur. Regelrechte Stellung im OSG. Sonst stationärer Befund. Am rechten Fuss stationäre Stellung der Frakturen im Chopart- und Lisfranc-Gelenk mit vollständiger Konsolidation. Vorbestehend fleckig osteopene Knochenmatrix (Suva-Nr. 89, S. 1). 4.5 Am 31. Januar 2019 erfolgte eine CT-Untersuchung beider Füsse im Spital C.____. Dr. med. G.____, Oberarzt, Institut für Radiologie, berichtete von einer achsengerechten Stellung der kongruenten Malleolengabel. Leicht progrediente Gelenkspaltverschmälerung im OSG im Sinne von beginnenden sekundärarthrotischen Veränderungen. Vollständige Konsolidation der Fraktur des medialen Malleolus mit residueller Defektzone in der Artikulationsfläche von 3 x 5 mm und einer Tiefe von 2 mm. Vollständige Konsolidation des kleinen Volkmannfragments mit stationärer Stufe von 1 mm und angrenzend insgesamt vier kleinen Verkalkungen im Gelenkspalt DD freie Gelenkskörper von 1 mm Grösse. Stationäre Stellung der intraartikulären Basisfraktur Os metatarsale I mit partiellem ossärem Durchbau bei dorsalseitig noch einsehbarer Frakturspalte. Vollständig konsolidierte Basisfraktur Os metatarsale II mit vorbestehend, nicht konsolidiertem Fragment (1 mm) zwischen Basis Os metatarsale II und Os cuneiforme mediale. Unveränderte Stellung der bereits fortgeschritten konsolidierten Basisfraktur Os metatarsale III mit residuellem Defekt in der Artikulationsfläche von 4 x 1 mm und einer Tiefe von 5 mm ohne relevante Gelenkstufe. Ebenso fortgeschritten konsolidierte Fraktur des Os cuboideums mit residuellem Defekt laterodorsal in der Artikulationsfläche zum Os metatarsale IV von 4 x 4 x 8 mm. Stationäre ossäre Fragmente caudal des Malleolus medialis auf Höhe des Sustentaculum tali. Stationäre leichtgradige Grosszehengrundgelenksarthrose (Suva-Nr. 89, S. 2 f.). 4.6 Dem Bericht des Spitals C.____ vom 14. Februar 2019 (Suva-Nr. 94, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, computertomographisch habe der Verdacht einer Delayed Union im Bereich des Malleolus medialis nicht erhärtet werden können, es zeige sich lediglich eine kleine residuelle Defektzone. Klinisch zeige sich vor allem die Narbenregion druckdolent, welche Verwachsungen mit dem Malleolus medialis zeige. Die belastungsabhängigen Schmerzen über dem Fussrücken rechts seien am ehesten durch die noch nicht ganz konsolidierten Frakturen der Fusswurzelknochen und Ossa metatarsalia zu erklären. Diesbezüglich gegebenenfalls Anpassen der bereits vorhandenen Schuheinlagen zur Stützung des Fuss skelettes und Tragen von festerem Schuhwerk bei weiterhin Belastung nach Massgabe der Beschwerden. Aus medizinischer Sicht wäre eine Umschulung auf eine sitzende Berufstätigkeit sicherlich sinnvoll. Diesbezüglich seien gemäss Ehemann bereits erste Schritte mit der Suva in die Wege geleitet worden. Arbeitsunfähigkeit zu 100 % für stehende Tätigkeiten bis Ende März 2019 ausgestellt, sitzende Tätigkeiten ab sofort möglich. 4.7 Am 23. April 2019 fand im Spital C.____ die 1-Jahreskontrolle nach Osteosynthese vom 16. April 2018 statt. Gemäss dazugehörigem Bericht (Suva-Nr. 100, S. 2 f.) klagte die Beschwerdeführerin über Beschwerden unter Belastung. Die Beweglichkeit sei mässig eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei durch die Einschränkung des Bewegungsumfanges des OSG beim Sitzen auf dem Boden gestört. Ausserdem gebe sie

eine lokale Druckdolenz über der Platte sowie im Bereiche des Malleolus medialis an. Es sei ihr deshalb die Entfernung des Osteosynthesematerials empfohlen worden. Gleichzeitig sei sie jedoch auch darauf hingewiesen worden, dass dies kaum zu einer Verbesserung des Bewegungsumfanges führen werde.

4.8 Der Kreisarzt med. pract. H.____, Facharzt für Chirurgie, kam in seiner Beurteilung vom 15. Mai 2019 (Suva-Nr. 104) zum Ergebnis, aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation sei ab sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben.

4.9 Am 13. August 2019 erfolgte im Spital C.____ die komplette Entfernung des Osteosynthesematerials (siehe Operationsbericht vom 13. August 2019, Suva-Nr. 123, S. 2 f.).

4.10 Dr. med. E.____ führte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2019 (Suva-Nr. 128) aus, es bestünden auch nach Entfernung des Osteosynthesematerials weiterhin Schmerzen beim Gehen und insbesondere beim Abrollen, Hypästhesie-Areal auf dem medialen Fussrücken im Bereiche des 1. Strahls. Druckdolenz über dem Fussrücken medial, Extension im OSG leicht eingeschränkt. Bisher bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die frühere Tätigkeit.

4.11 Kreisarzt Dr. med. D.____, Arzt für Allgemeinmedizin, kam in seiner Kurzbeurteilung vom 11. Oktober 2019 (Suva-Nr. 130) zum Ergebnis, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe 21 Tage nach der Materialentfernung ganztags eine Arbeitsfähigkeit. Aus prognostischer Sicht sei die berufliche Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin als möglich zu erachten. Bei der Arbeitsaufnahme gelte es zu berücksichtigen, dass keine Sprünge aus grösserer Höhe für drei Monate gemacht werden dürfen.

4.12 Dem definitiven Bericht über das Belastbarkeitstraining bei der I.____ GmbH, [...], vom 8. Mai 2020 (Suva-Nr. 197) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2020 bis 30. April 2020 ein Aufbaustraining in einem Pensum von 50 % absolvierte, welches vom 18. März 2020 bis 21. April 2020 aufgrund der Corona-Pandemie unterbrochen werden musste. Zunächst habe die Beschwerdeführerin in der Abteilung Reinigung gearbeitet. Diese Tätigkeit habe sie aufgrund vermehrt aufgetretener Schmerzen abbrechen müssen und sei danach in der Abteilung Kabelkonfektion eingesetzt worden, wo sie abwechselnd sitzend und stehend habe arbeiten können. Die Beschwerdeführerin habe am Ende des Zeitraums der Berichterstattung ein stabiles Pensum von 50 % (4 h / Tag) erreicht. Sie habe während der gesamten Berichtsperiode keine gesundheitsbedingten Absenzen gehabt. Eine weitere Pensumsteigerung seien nicht vorgesehen gewesen, da die Beschwerdeführerin eine Teilzeitstelle suche. Die Beschwerdeführerin sei zum momentanen Zeitpunkt aufgrund der von ihr beschriebenen Schmerzen am Fuss nur eingeschränkt vermittelbar. Einschränkend seien das von ihr gewünschte kleine Teilzeitpensum von 20 – max. 40 %, die eingeschränkten täglichen Arbeitszeiten (nicht ganztags, 2 – 3 Stunden pro Tag) und die Einschränkungen bei den Tätigkeiten aufgrund der nötigen Wechselhaltung. Sie habe in der I.____ GmbH mit einem Pensum vom 50 % gearbeitet, was nach Einschätzung der I.____ GmbH für die Beschwerdeführerin möglich gewesen sei. Die Arbeitsleistung bezüglich Arbeitsqualität habe in dieser Zeit den Anforderungen des 1. Arbeitsmarktes entsprochen. Das Arbeitstempo sei genügend bis gut gewesen. Es werde empfohlen, der Beschwerdeführerin eine Teilzeitstelle zu suchen, wo sie ihren Fuss entlasten könne, das heisse, hauptsächlich sitzen könne, jedoch auch die Möglichkeit habe, zwischendurch stehend zu arbeiten. Eine Anstellung im 1. Arbeitsmarkt sei realistisch. Bei einem Teilzeitpensum mit der Möglichkeit zur Wechselhaltung, werde die Beschwerdeführerin als vermittelbar erachtet.

4.13 Anlässlich der orthopädischen Fuss-Sprechstunde im Spital C.____ vom 11. Juni 2020 (Suva-Nr. 153) berichtete die Beschwerdeführerin von Schmerzen am rechten Fuss seit dem Unfall. Die Hauptschmerzen

lokalisierten sich am medialen Sprunggelenk und Mittelfuss. Einlagenversorgung bereits vorhanden. Die Einlagen hätten jedoch keine Linderung der Beschwerden gebracht. Aktuell befinde sich die Patientin bei der IV in der Wiedereingliederung. Jedoch würden bereits nach ca. einstündiger Belastung bereits Schmerzen und Schwellung auftreten, so dass die Arbeitsaufnahme erschwert bis unmöglich sei. Seit längerem keine Physiotherapie mehr. Analgetika-Therapie mit Dafalgan und bei Bedarf Irfen. Konventionell radiologisch (siehe radiologischer Bericht Spital C. ___ vom 11. Juni 2020, Suva-Nr. 155) zeige sich bereits eine beginnende Arthrose im oberen Sprunggelenk sowie der Mittelfussgelenke betont in der Lisfranc-Gelenklinie. 4.14 Am 24. Juni 2020 erfolgte eine SPECT-Untersuchung sowie eine CT-Untersuchung beider Füsse. Im Bericht des Spitals C. ___ vom 25. Juni 2020 (Suva-Nr. 164) wird aufgeführt, es bestehe eine aktivierte posttraumatische Arthrose zwischen der distalen Fibula und dem Talus sowie weniger aktiviert zwischen dem medialen Malleolus und dem Talus bei postoperativer Deformität der distalen Fibula sowie des Malleolus medialis. Leichte Aktivierung im USG rechts betont im posterioren Anteil. Zusätzlich leicht aktivierte Arthrose im Lisfrancschen Gelenk rechts. Aktivierter Fersensporn links, deutlich weniger aktiviert rechts. Gonarthrose und Retropatellararthrose, Grosszehengrundgelenksarthrose rechts. 4.15 Dem Fuss-Sprechstundenbericht des Spitals C. ___ vom 25. Juni 2020 (Suva-Nr. 162) lässt sich entnehmen, dass die Fussbeschwerden der Patientin durch die posttraumatische Arthrose in der Lisfranc Gelenklinie und im OSG verursacht worden seien. Es sei die diagnostisch / therapeutische Infiltration der TMT-II- und III-Gelenke unter BV-Kontrolle besprochen worden. Sollte postinterventionell im TMT-II- und III-Gelenk ein positives Infiltrationsergebnis vorliegen, könne eine operative Arthrodeese der Gelenke diskutiert werden bei bereits entsprechender Arthrose. Im oberen Sprunggelenk seien die arthrotischen Veränderungen von geringem Ausmass, weshalb hier mit einer operativen Versorgung zugewartet werden könne. Hier sei ebenfalls eine diagnostisch/therapeutische Infiltration unter BV-Kontrolle vorgesehen. Es werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Anfang August 2020 ausgestellt. 4.16 Am 2. Juli 2020 erfolgte im Spital C. ___ die Infiltration der TMT-II- und III-Gelenke Fuss rechts mit je 1 ml Mepivacain 5 mg/ml sowie 20 mg Kenacort. Gemäss dem gleichentags erstellten Bericht (Suva-Nr. 161) schein unmittelbar nach der Infiltration die Patientin bei Belastung beschwerdefrei. Aufgrund sprachlicher Probleme sei diese Aussage aber nur bedingt verwertbar. 4.17 Kreisarzt Dr. med. D. ___ führte in seiner Beurteilung vom 4. August 2020 (Suva-Nr. 165) aus, die berufliche Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei aus prognostischer Sicht grundsätzlich möglich, hänge aber von der konkreten Tätigkeit ab. Ansonsten bestehe in einer angepassten Tätigkeit seit Langem eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. 4.18 Dem Fuss-Sprechstundenbericht von Dr. med. J. ___, Leitender Arzt, Klinik für Orthopädie, Spital C. ___, vom 8. September 2020 (Suva-Nr. 168, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, bei unauffälligem Integument finde sich noch eine leichte Druckdolenz über dem OSG anterior sowie über der Lisfranc-Gelenklinie rechts. Es gebe einen erfreulichen Verlauf mit anhaltender Beschwerdelinderung durch die durchgeführten Infiltrationen. Er, Dr. med. J. ___, habe der Patientin erklärt, dass sie bei Belastung möglichst solides Schuhwerk tragen sollte, da damit die Beschwerden sehr wahrscheinlich weniger stark aufträten. Er denke auch, dass die Arbeitsaufnahme grundsätzlich ab sofort erfolgen könnte. Dass bei den nachgewiesenen posttraumatischen Gelenksveränderungen gewisse Einschränkungen in rein stehenden und gehenden Arbeiten bestünden, sei anzunehmen. Hierfür könnte allenfalls mit einer orthopädischen Schuhversorgung noch Beschwerdelinderung erreicht werden. In einem sitzenden Beruf

würden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gesehen. Dr. med. J.____ habe der Beschwerdeführerin noch bis heute eine Arbeitsunfähigkeit attestiert und er denke, dass die Job-Suche oder Wiedereingliederung nun vorangetrieben werden könne. 4.19 Dem Bericht von Dr. med. E.____ vom 23. September 2020 (Suva-Nr. 199) lässt sich entnehmen, aufgrund eines 2018 erlittenen Unfalles mit Frakturen am rechten Sprunggelenk leide die Beschwerdeführerin an einer posttraumatischen Arthrose. Die Belastbarkeit dieses Gelenkes sei deswegen eingeschränkt. Längeres Stehen, Gehen und Treppensteigen sowie das Tragen von mittelschweren bis schweren Lasten seien nicht mehr möglich. Die Beschwerdeführerin könne ihre bisherige Tätigkeit in der Reinigung nicht mehr ausüben. Für eine leichte, angepasste Tätigkeit, welche sie mehrheitlich sitzend ausüben könne, bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit von ca. 30 % (2 – 3 Stunden täglich). 4.20 In seiner ärztlichen Beurteilung vom 14./15. Dezember 2020 (Suva-Nrn. 179 und 181) hielt der Kreisarzt Dr. med. D.____ fest, wie aus der vorliegenden Dokumentation ersichtlich, habe die letzte Arztkontrolle am 8. September 2020 stattgefunden. Anlässlich dieser sei festgehalten worden, dass in rein stehenden und gehenden Tätigkeiten eine gewisse Einschränkung bestehe. Diesbezüglich könnte eine orthopädische Schuhversorgung noch Beschwerdelinderung bringen. In einem sitzenden Beruf werde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesehen. Weiter sei festgehalten worden, dass aktuell keine Behandlungsnotwendigkeit bestehe, bei Bedarf jedoch eine erneute Infiltration erfolgen könnte. Es bestehe somit aktuell keine Behandlungsnotwendigkeit. In einer angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren, ca. 50 % sitzenden Tätigkeit sei unter folgenden Voraussetzungen von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit auszugehen: Keine Tätigkeiten in unebenem Gelände, keine Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, keine knienden und/oder kauernenden Tätigkeiten, keine Tätigkeiten mit repetitivem Treppensteigen, insbesondere unter Gewichtsbelastung. 4.21 Dem Bericht zur ambulanten Fuss-Sprechstunde von Dr. med. J.____ vom 23. März 2021 (Suva-Nr. 210, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, es finde sich ein unauffälliges Integument. Es finde sich weiter eine deutliche Druckdolenz über der Lisfranc-Gelenklinie, vor allem über dem TMT-II- und III-Gelenk. Über dem OSG anterior zeige sich heute nur eine diskrete Druckdolenz. Keine Beschwerdeauslösung durch passive OSG-Mobilisation. Die Beschwerdeführerin wünsche eine Wiederholung der Infiltration. Aufgrund der heutigen Beschwerden würden wiederum erst das TMT-II- und III-Gelenk rechts infiltrierte. Mit der Beschwerdeführerin sei man so verblieben, dass sie bald nach der Infiltration Rückmeldung gebe, falls die Beschwerden nicht vollständig verschwänden resp. über dem OSG noch vorhanden seien. In diesem Fall würde gleich ein neuer Termin für eine erneute Infiltration vereinbart werden. Falls die Beschwerdelinderung wiederum nur zwei Monate anhalte, wäre eine definitive Lösung zu diskutieren. Bezüglich der TMT-Arthrose wäre eine Arthrodeese die Therapie der Wahl und hätte für die Beschwerdeführerin nach abgeschlossener Heilung keine funktionellen Nachteile zur Folge. Im OSG sei die Arthrose nicht stark fortgeschritten, so dass Dr. med. J.____ mit einer operativen Versorgung (Prothese oder Arthrodeese) auch aufgrund des noch relativ jungen Alters der Beschwerdeführerin zurückhaltender sei. 4.22 In seinem Fuss-Sprechstundenbericht vom 19. August 2021 (Suva-Nr. 238, S. 2 f.) berichtet Dr. med. J.____ nach Infiltration des TMT-I-Gelenks rechts am 14. Juli 2021, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin seien die Beschwerden zum Teil weggegangen und seien bis heute weggeblieben. Die Beschwerdereduktion betrage etwa 50 bis 60 %, womit sie sehr gut zurechtkomme. Auch die Schmerzen in der lateralen Lisfranc-Gelenkreihe seien nicht wieder aufgetreten. Dafür beklage die Patientin nun Metatarsalgien im Bereich der MT I bis

III. Eine Einlagenversorgung bestehe, reiche zur Beschwerdelinderung aber offenbar nicht aus. Es sei sehr erfreulich, dass die Schmerzen im Bereich der Lisfranc-Gelenkreihe unter der Infiltrationstherapie eine anhaltende Regredienz gezeigt hätten. Mittlerweile störten die Vorfussbeschwerden die Patientin. Zudem seien die Mittelfussbeschwerden nicht vollständig verschwunden, so dass er, Dr. med. J.____, aufgrund der im SPECT-CT multiplen degenerativen Gelenksveränderungen und nun auch Schmerzen im Vorfussbereich, der Patientin einen orthopädischen Serienschuh mit Fussbett nach Mass, Sohlenversteifung und Abrollhilfe verordne, da die Einlagenversorgung nicht genüge. Die Patientin werde sich bei einem Orthopädeschuhmachermeister in der Nähe vorstellen.

5. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass der Beschwerdeführerin per 1. März 2021 keine Leistungen mehr zustehen, da der medizinische Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht worden sei. Dabei stützt sie sich auf die Aktenbeurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. D.____ vom 14./15. Dezember 2020. 5.1 Der Umstand, wonach Dr. med. D.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation des rechten Fusses sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Somit war die von der Beschwerdeführerin gerügte fehlende persönliche Untersuchung nicht notwendig. 5.2 Inhaltlich musste sich der Kreisarzt Dr. med. D.____ aufgrund der ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu äussern, ob eine Behandlung unfallbedingt noch notwendig sei und welche Tätigkeiten und Verrichtungen die Beschwerdeführerin in Anbetracht der unfallbedingt verbleibenden Belastbarkeit noch ausüben könne (siehe Suva-Nr. 179). Seine Stellungnahme scheint auf den ersten Blick zwar kurz, ist jedoch mit Blick auf die Vorakten und den gesundheitlichen Verlauf der Beschwerdeführerin ausreichend, schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar. Der Kreisarzt kommt zum Ergebnis, dass aktuell keine Behandlungsnotwendigkeit mehr bestehe. Seine Einschätzung basiert auf den Erkenntnissen der medizinischen Vorakten, insbesondere stützt er sich auf die damals letzte Untersuchung der Beschwerdeführerin bei Dr. med. J.____ im Spital C.____ vom

E. 8

September 2020 (Suva-Nr. 168, S. 2 f.). Dr. med. J.____, welcher der behandelnde Orthopäde der Beschwerdeführerin ist, führte im Juni 2020 mehrere bildgebende Untersuchungen bei der Beschwerdeführerin durch (Röntgenuntersuchung Fuss rechts am 11. Juni 2020 [Suva-Nr. 155], SPECT-Untersuchung OSG/Fuss rechts sowie CT-Untersuchung OSG/Fuss rechts am 24. Juni 2020 [Suva-Nr. 164]). In seinem Bericht vom 25. Juni 2020 (Suva-Nr. 162) kam er zum Ergebnis, dass die Fussbeschwerden der Beschwerdeführerin durch die posttraumatische Arthrose in der Lisfranc Gelenklinie und im OSG verursacht würden. Daraufhin führte er am 2. Juli 2020 und am 6. August 2020 Infiltrationen an den TMT-II- und -III-Gelenken sowie am oberen Sprunggelenk am rechten Fuss der Beschwerdeführerin durch. In seinem Bericht vom 8. September 2020 beschreibt der behandelnde Orthopäde einen erfreulichen Verlauf mit anhaltender Beschwerdelinderung durch die durchgeführten Infiltrationen. In seiner Beurteilung hält er

weiter fest, dass die Arbeitsaufnahme grundsätzlich ab sofort erfolgen könnte, wobei bei den nachgewiesenen posttraumatischen Gelenksveränderungen gewisse Einschränkungen in rein stehenden und gehenden Arbeiten bestehen könnten. Hierfür könnte allenfalls mit einer orthopädischen Schuhversorgung noch Beschwerdelinderung erreicht werden. In einem sitzenden Beruf würden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gesehen. Eine Arbeitsunfähigkeit hat Dr. med. J. ___ schliesslich noch bis zum Untersuchungszeitpunkt (8. September 2020) attestiert. Weitere Arzttermine seien keine vereinbart worden. Folglich war gemäss dem behandelnden Orthopäden eine Arbeitsaufnahme in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Untersuchungszeitpunkt resp. per 8. September 2020 möglich. Einschränkungen könnten einzig noch in gehenden und stehenden Arbeiten bestehen, welchen aber mit einer orthopädischen Schuhversorgung entgegengewirkt werden könne. Wenn sich der Kreisarzt Dr. med. D. ___ dieser Beurteilung anschloss, lässt sich dies nicht beanstanden. Auch trägt das vom Kreisarzt attestierte Zumutbarkeitsprofil den von Dr. med. J. ___ festgestellten Beeinträchtigungen auf überzeugende Weise Rechnung und ist mit diesen vereinbar. Der Umstand, dass Dr. med. D. ___ nicht über einen orthopädischen Facharztstitel verfügt, vermag nicht dazu führen, dass seinen Beurteilungen zum vornherein der Beweiswert abzuerkennen wäre, auch wenn der vorliegende medizinische Sachverhalt im orthopädischen Fachgebiet anzusiedeln ist. Wie oben dargelegt, lehnt sich der Kreisarzt in seiner Beurteilung an die medizinischen Berichte von Dr. med. J. ___, welcher Leitender Arzt der Klinik für Orthopädie im Spital C. ___ ist, an.

Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, es sei bisher nie ein Endzustand erreicht worden, zumal neuere Berichte auf eine weiterhin bestehende Beschwerdeproblematik hinwiesen und Dr. med. J. ___ entsprechend weiterhin Infiltrationen und gegebenenfalls eine Arthrodeese empfehle, kann sie daraus nichts ableiten, was für einen späteren Zeitpunkt des Fallabschlusses sprechen würde. Denn ausschlaggebend dafür ist die Frage, ab wann von keiner namhaften Verbesserung mehr ausgegangen werden kann. Das Kriterium beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Es bedarf dabei einer ins Gewicht fallenden Besserung durch die ärztliche Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 8C_697/2013 vom 5. November 2013 E. 3.5). Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass die Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht (Urteile des Bundesgerichts 8C_970/2012 vom 31. Juli 2013 E. 3.4; 8C_855/2009 vom 21. April 2010 E. 7; 8C_338/2009 vom 14. Januar 2010 E. 5.1; 8C_28/2008 vom 28. Juli 2008 E. 3.3). Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3). Bei der Beschwerdeführerin bestand zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine relevante Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des rechten Fusses. Einzig eine leichte Druckdolenz über dem OSG anterior sowie über der Lisfranc-Gelenkslinie rechts waren noch vorhanden (siehe Bericht von Dr. med. J. ___ vom 8. September 2020, Suva-Nr. 168). Nach erneuter Vorstellung beim Orthopäden am 23. März 2021 (Suva-Nr. 223) war eine weitere Infiltration der TMT-II- und III-Gelenke geplant, diese wurde aber von der Beschwerdeführerin nach wenigen Tagen abgesagt. Gemäss Bericht von Dr. med. J. ___ vom 30. Juni 2021 (Suva-Nr. 245) hätten sich die Beschwerden der Patientin im Verlauf

etwas geändert. Aktuell seien diese vor allem über dem TMT I-Gelenk lokalisiert. Am 14. Juli 2021 erfolgte schliesslich die Infiltration des TMT-I-Gelenks am rechten Fuss. Dr. med. J. ___ zeigte sich in seinem Bericht vom 19. August 2021 (Suva-Nr. 247) sehr erfreut, weil die Schmerzen im Bereich der Lisfranc-Gelenkreihe unter der Infiltrationstherapie eine anhaltende Regredienz gezeigt hätten. Mittlerweile störten die Vorfussbeschwerden die Patientin. Zudem seien die Mittelfussbeschwerden nicht vollständig verschwunden, so dass der Orthopäde aufgrund der im SPECT-CT sichtbaren multiplen degenerativen Gelenksveränderungen und nun auch Schmerzen im Vorfussbereich der Patientin einen orthopädischen Serienschuh mit Fussbett nach Mass, Sohlenversteifung und Abrollhilfe verordnet habe. In den erwähnten Berichten wird nicht ausgeführt, inwieweit die Arbeitsfähigkeit durch die geplanten und bereits durchgeführten Massnahmen betroffen ist resp. ob diese noch gesteigert werden könnte. Immerhin scheint es so, als ob sich die Beschwerden durch die erneute Infiltration gebessert hätten. Eine orthopädische Schuhversorgung zur Beschwerdelinderung wurde von Dr. med. J. ___ bereits im Bericht vom 8. September 2020 empfohlen. Die Beschwerdeführerin vermag aus diesen Berichten deshalb nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Der Umstand, dass der Beschwerdeführerin noch operative Massnahmen (erwähnt wird eine Arthrodesen) zur Verfügung stehen, mag für das noch nicht Erreichen eines medizinischen im Sinne eines therapeutischen Endzustandes sprechen. Versicherungsrechtlich ist dies jedoch nicht gleichzusetzen mit dem Zeitpunkt des Fallabschlusses und der Rentenprüfung gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG. Ausserdem muss die zu erwartende Besserung durch die von der Versicherten beabsichtigte Operation ins Gewicht fallen. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Im Vordergrund steht dabei die zu erwartende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Vorliegend lässt die operative Intervention schon deshalb keine namhafte Besserung der Unfallfolgen mehr erwarten, weil die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Beschäftigung bereits ab September 2020 nicht mehr eingeschränkt war.

5.3 Zu prüfen bleibt, ob sich aus der übrigen Aktenlage Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. D. ___ ergeben.

5.3.1 Die Beschwerdeführerin rügt wie gesagt, dass der Fallabschluss verfrüht erfolgt sei. Der Kreisarzt Dr. med. D. ___ hielt indes fest, es bestehe aktuell keine Behandlungsnotwendigkeit. Die Beschwerdeführerin stellt dem zunächst den Bericht ihres Hausarztes Dr. med. E. ___, vom 23. September 2020 (Suva-Nr. 199) entgegen, welcher davon ausgeht, dass bei einer leichten, angepassten Tätigkeit, welche mehrheitlich sitzend ausgeübt werden könne, eine Teilarbeitsfähigkeit von ca. 30 % (2 ■ 3 Stunden täglich) bestehe. Dem kann nicht gefolgt werden: Einerseits überzeugt dieser Bericht schon für sich allein genommen nicht, denn Dr. med. E. ___ begründet nicht, weshalb der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich ein Pensum von 30 % zumutbar sein soll, obwohl sie auch sitzend tätig sein kann. Andererseits gehen sowohl der Kreisarzt Dr. med. D. ___ als auch der behandelnde Orthopäde Dr. med. J. ___ bei einer leidensangepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus. Dr. med. J. ___ hat der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt der Untersuchung vom 8. September 2020 denn auch keine weiteren Arbeitsunfähigkeiten attestiert. Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin aus der Tatsache, dass Dr. med. E. ___ sie im Gegensatz zum Kreisarzt persönlich untersucht hat. Wie oben dargelegt (E. II. 5.1 hiervor), war eine persönliche Untersuchung nicht notwendig, da die Situation des rechten Fusses durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert war.

Zudem wurde die Beschwerdeführerin von ihrem behandelnden Orthopäden Dr. med. J.____ persönlich untersucht, welcher ihr eine volle Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit attestierte. Es kommt hinzu, dass Dr. med. E.____ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert ist, weshalb seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung auch unter diesem Gesichtspunkt kaum Beweiswert zukommt. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. E.____ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist.

5.3.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die Beurteilung von Dr. med. E.____ stimme mit dem Ergebnis des durchgeführten Arbeitstrainings bei der I.____ GmbH überein, welches ernsthafte Zweifel an den Einschätzungen des Kreisarztes Dr. med. D.____ zu begründen vermöge. Dem kann ebenfalls nicht gefolgt werden: Gemäss dem Bericht der I.____ GmbH vom 8. Mai 2020 (Suva-Nr. 197) absolvierte die Beschwerdeführerin das Aufbautraining nur in einem Teilzeitpensum von maximal 50 %, weshalb daraus keine Schlussfolgerungen zur verbliebenen Restarbeitsfähigkeit gezogen werden können. Sodann übte sie das Aufbautraining grösstenteils in der Reinigung aus, was ■ wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhält (A.S. 47 f.) ■ nicht als leidensangepasst anzusehen ist. Erst im späteren Verlauf des Aufbautrainings, als die Schmerzen im Fuss vermehrt auftraten, wurde die Beschwerdeführerin in die Abteilung Kabelkonfektion versetzt, wo sie eine abwechselnd stehende und sitzende Tätigkeit ausüben konnte. Gemäss Bericht vom 8. Mai 2020 seien alle ausgeführten Tätigkeiten in der Kabelkonfektion körperlich sehr leicht gewesen und hätten keinen Einfluss auf die Schmerzen der Beschwerdeführerin gehabt (Suva-Nr. 197, S. 2). Die Beschwerdeführerin berichtete, dass die Schmerzen in der Abteilung Kabelkonfektion weniger ausgeprägt gewesen seien als in der Reinigung, wo sie überwiegend stehend arbeiten müssen. Im Verlauf des Aufbautrainings kam es aber aufgrund einer ärztlichen Verordnung zu einer Reduktion des Pensums von 50 % auf 30 % (siehe Suva-Nr. 197, S. 3). Weshalb die Reduktion konkret erfolgte bzw. ob diese wegen der Tätigkeit in der Reinigung oder wegen der leidensangepassten Tätigkeit in der Kabelkonfektion erfolgte, kann dem Bericht nicht eindeutig entnommen werden. Aufgrund des Gesagten vermag der Bericht der I.____ GmbH vom 8. Mai 2020 keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.____ hervorzurufen.

5.4 Es bestehen somit keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Im Rahmen der Beweiswürdigung kommt das Gericht daher zum Schluss, dass die Beurteilung des Kreisarztes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend ist und der rechtserhebliche Sachverhalt genügend erstellt ist. Demnach wird auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem Zumutbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit ausgegangen.

5.5 Zusammenfassend ist vor diesem Hintergrund davon auszugehen, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistungen und der Heilbehandlung per 1. März 2021 ist damit zu Recht erfolgt.

6. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich.

6.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322, E. 4.1, S. 325 f. und BGE 129 V 222, E. 4.3.1, S. 224, je mit Hinweisen).

6.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht geltend, es müsse eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorgenommen werden. Im Falle der Beschwerdeführerin sei nicht davon auszugehen, dass diese sich aus freiwilligen Stücken mit einem solch tiefen Einkommen zufriedengegeben gegeben habe. Es verhalte sich vielmehr so, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres ausländerrechtlichen Status sowie von Sprachproblemen und mangelnder Ausbildung seit jeher keine andere Wahl gehabt habe, als einen Minderverdienst in Kauf zu nehmen.

6.2.1 Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Saisonierstatus ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführende Lohnneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Praxisgemäss wird diese so genannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen entweder beim Valideneinkommen durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Lohnes oder durch Abstellen auf statistische Werte oder aber beim Invalideneinkommen durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes vorgenommen. Zugrunde liegt dabei die Überlegung, dass bei einer versicherten Person, welche in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeübt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielte, weil persönliche Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichten, nicht anzunehmen ist, dass sie mit gesundheitlicher Beeinträchtigung einen durchschnittlichen Lohn erreichen könnte (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f. mit Hinweisen; vgl. dazu Meyer / Reichmuth, a.a.O., S. 354 ff.; Ueli Kieser: Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Validen- und Invalideneinkommen, 2013, S. 49 ff., 85) (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.3). Dabei gilt der vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielte Verdienst erst dann im Sinne der Rechtsprechung als deutlich unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_4/2014 vom 11. März 2014 E. 3.2 m.H.a. BGE 135 V 297 E. 6.1 S. 302 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_902/2009 vom 1. April 2010 E. 5.1.1).

6.2.2 Als Beispiele für klassische Faktoren eines unfreiwilligen Minderverdienstes werden im Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.1.3. Folgende genannt: Die versicherte Person kam erst im Alter von 49 Jahren in die Schweiz, womit die Suche nach einer ■ besser bezahlten ■ Stelle ab einem Alter von 50 Jahren erschwert war; in ihrer Heimat, Bosnien, besuchte sie während bloss 4 Jahren die Grundschule und arbeitete in der Folge auf dem elterlichen Bauernhof; einen Beruf erlernte sie nicht, ebenso wenig die deutsche Sprache. Vorliegend ist den Akten zu entnehmen, dass die 1975 geborene Beschwerdeführerin am 20. Dezember 1998 (vgl. Suva-Nr. 61, S. 11) und somit im Alter von 23 Jahren von Sri Lanka in die Schweiz gekommen ist. In Sri Lanka absolvierte sie die Sekundarschule, eine berufliche Ausbildung hat sie weder in Sri Lanka noch in der Schweiz absolviert. Gemäss Gesprächsprotokoll Intake der IV-Stelle Solothurn vom 4. Dezember 2018 (Suva-Nr. 111, S. 15 ■ 17) verfügt die Beschwerdeführerin über gute mündliche Deutschkenntnisse, sie verstehe und spreche Deutsch. Den medizinischen Akten lässt sich aber entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin doch gewisse sprachliche Probleme vorhanden sind. So konnte sie nach der erstmaligen Infiltration am 2. Juli 2020 aufgrund sprachlicher Probleme nicht genau schildern, ob sie danach beschwerdefrei gewesen sei oder nicht (vgl. Suva-Nr. 161). In diesem Zusammenhang ist aber auf die lange Aufenthaltsdauer in der Schweiz hinzuweisen, in welcher die Beschwerdeführerin genügend Zeit hatte, die Sprache zu lernen. Zwar ist aus den Akten ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin seit 1999 verheiratet ist und drei Kinder zur Welt gebracht hat (siehe Gesprächsprotokoll Intake vom 4. Dezember 2018, Suva-Nr. 111, S. 16). Dass es ihr dadurch erschwert oder gar verunmöglicht gewesen wäre, die deutsche Sprache zu erlernen, erscheint nicht überwiegend wahrscheinlich. Ein unfreiwilliger Minderverdienst aufgrund des ausländerrechtlichen Status (C-Aufenthaltsbewilligung; Suva-Nr. 61, S. 11) ist ebenfalls nicht ersichtlich. Ebenso wenig kann aufgrund der Akten gesagt werden, die Beschwerdeführerin habe wegen ihrer Herkunft und sprachlicher Probleme keine berufliche Ausbildung abschliessen können. Schliesslich ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin vom 29. Januar 2011 bis zur gesundheitlich bedingten Kündigung im Jahr 2019 bei der B.____ AG tätig gewesen ist (Suva-Nrn. 1 und 111, S. 15 ■ 17). Auch nach dem Unfall am 5. April 2018 wollte die Beschwerdeführerin die Stelle in der Reinigung bei der Firma unbedingt behalten und nahm deshalb ihre Arbeit versuchsweise wieder auf (siehe insbesondere Suva-Nr. 111, S. 17). Es ist deshalb anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin als Reinigungsmitarbeiterin bei der B.____ AG gearbeitet hätte. Es bestehen somit gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass sich die Beschwerdeführerin aus freien Stücken mit einem tiefen Einkommen begnügte. Damit besteht kein Anlass für eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen. Das von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung festgesetzte Valideneinkommen von CHF 46'536.00 ist somit nicht zu beanstanden.

Selbst wenn die Voraussetzungen erfüllt wären und man stattdessen, wie es die Beschwerdeführerin verlangt, eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vornehmen würde, müsste man den Tabellenwert im Bereich «Gebäudebetreuung», Wirtschaftszweig 81, worunter die allgemeine Gebäudereinigung fällt, heranziehen, so wie es die Beschwerdegegnerin zutreffend festhält (A.S. 8). So absolvierte die Beschwerdeführerin das Aufbautraining bei der I.____ GmbH (siehe Bericht der I.____ GmbH vom 8. Mai 2020, Suva-Nr. 197) zunächst in der Reinigung, bevor sie wegen Schmerzen eine leidensangepasste Tätigkeit in der Kabelkonfektion antrat. Zudem brachte sie anlässlich eines Gespräches mit der Jobmanagerin der I.____ GmbH über Tätigkeitsgebiete, welche für

sie in Betracht fallen würden, die Idee ein, in Privathaushalten stundenweise in der Reinigung zu arbeiten (Suva-Nr. 197, S. 3). Es sind somit Anhaltspunkte vorhanden, die dafür sprechen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin in der Reinigungsbranche tätig wäre. Bei einer allfälligen Parallelisierung wäre daher nicht auf den Totalwert, sondern auf den Tabellenwert im Bereich «sonstige wirtschaftliche Dienstleitungen (ohne 78)» (LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Wirtschaftszweige 77, 79 ■ 82) abzustellen. Die Parallelisierung beliefe sich dabei auf lediglich 1.6 %, was letztendlich auch unter Berücksichtigung eines vorzunehmenden Abzugs vom Tabellenlohn von 5 % (siehe E. II. 7.3.2) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen würde (LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Wirtschaftszweige 77, 79 ■ 82, Niveau 1, Frauen: CHF 3'911.00 x 12; aufgerechnet [:40 x 41.7] und indexiert [:105.9 x 107.9] CHF 49'850.65; verglichen mit dem Jahreseinkommen von CHF 46'536.00 ergibt sich eine Differenz von 6.6 %, von welchen 5 % abzuziehen sind).

6.3

6.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 10. August 2021 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2018. Gemäss LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen auf CHF 4'371.00. Nach Hochrechnung dieses Betrags, der 40 Wochenstunden entspricht, auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie Anpassung an die Lohnentwicklung von 2018 (Indexwert 105.9; Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle 1.2.10) auf 2020 (Indexwert 107.9) resultiert ein Verdienst von CHF 4'642.85 pro Monat oder CHF 55'713.90 pro Jahr.

6.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid einen Abzug von 5 % vorgenommen (vgl. A.S. 8 f.). Dagegen wendet die Beschwerdeführerin ein, das berechnete

Invalideneinkommen sei mit einem Leidensabzug von 25 % zu belegen.

Der Kreisarzt Dr. med. D. ___ formulierte in seinem Bericht vom 14./15. Dezember 2020 (Suva-Nrn. 179 und 181) ein Tätigkeitsprofil. Danach sei bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten, wechselbelastenden körperlich leichten bis mittelschweren, ca. 50 % sitzenden Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten in unebenem Gelände, Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, knienden und/oder kauernenden Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitivem Treppensteigen, insbesondere unter Gewichtsbelastung. Diese Einschränkungen sind entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 31 f.) nicht derart, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Ebenso bildet der Umstand, dass eine versicherte Person nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat für die Beeinträchtigungen am rechten Fuss einen Abzug von 5 % gewährt, was im vorliegenden Fall im Lichte des Gesagten als angemessen erscheint. Des Weiteren verfügt die Beschwerdeführerin über die Niederlassungsbewilligung (vgl. Suva- Nr. 61, S. 11), was unter dem Aspekt des Aufenthaltsstatus im Vergleich mit dem Totalwert ebenfalls keine Lohneinbusse erwarten lässt. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug. Zudem kann die Anzahl Dienstjahre bei der Verwendung des Kompetenzniveaus 1 keinen Abzug begründen. Schliesslich entfällt auch der Teilzeitaspekt, da die Beschwerdeführerin gemäss Beurteilung des Kreisarztes vollzeitlich erwerbstätig sein kann. Insgesamt ist somit ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ ein Abzug vom 5 % vom Tabellenlohn gerechtfertigt. Das Invalideneinkommen beträgt somit CHF 52'928.20 (CHF 55'713.90 abzüglich des leidensbedingten Abzugs von 5 %).

6.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 46'536.00) und Invalideneinkommen (CHF 52'928.20) ergibt sich somit ein Invaliditätsgrad von 0 %. Die Beschwerdeführerin hat folglich keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

7. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die ihr zugesprochene Integritätsentschädigung von 20 % sei zu tief. Sie verlangt die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung von 45 %.

7.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen.

7.2 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 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

7.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraaster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 ■ 16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter www.suva.ch). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c).

7.4 Die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von 20 % stützte sich auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. D. ___ vom 15. Dezember 2020 (Suva-Nr. 180). Der Kreisarzt führte aus, gemäss der Feinrastertabelle 5.2 «Integritätsschaden bei Arthrosen» der Fassung gemäss der Revision von 2011 würde der Versicherten bei einer mässigen Arthrose des OSGs eine Integritätsentschädigung von 5 ■ 15 % und bei einer schweren Arthrose eine solche von 15 ■ 30 % zustehen. Gemäss Feinrastertabelle

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