

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.71 vom 12. Oktober 2022

SO Obergericht, 2022-10-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.71\\_d20221012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.71_d20221012)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.71 du 12 octobre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.71 del 12 ottobre 2022

## Regeste

UVG-Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 28

Mai 2017 ist hierzu zu entnehmen, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) mit Tendinitis der Sehne des M. peroneus brevis nach Distorsionstrauma (Suva-Nr. 16). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und richtete der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlungen) aus. Des Weiteren liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mehrfach kreisärztlich untersuchen und veranlasste in der C.\_\_\_\_ eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Suva-Nr. 451). Gestützt darauf hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. September 2020 (Suva-Nr. 463) fest, die ärztliche Untersuchung in C.\_\_\_\_ habe ergeben, dass von weiteren Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei und somit ein Endzustand vorliege. Die jetzt noch geklagten Beschwerden seien organisch als Folge des erlittenen Unfalles nicht mehr erklärbar. Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit seien keine weiteren therapeutischen Massnahmen erforderlich. Somit würden die Heilkosten- und Taggeldleistungen mit dem 30. September 2020 eingestellt. Aufgrund des festgestellten Endzustandes sei eine Integritätsentschädigung nicht geschuldet. Dagegen liessen die Beschwerdeführerin sowie die Krankenversicherung D.\_\_\_\_ Einsprache erheben (Suva-Nrn. 467 und 474). Sodann zog die Beschwerdegegnerin das von der IV-Stelle des Kantons Bern im parallel laufenden IV-Verfahren veranlasste polydisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 15. März 2021 (Suva-Nr. 509) bei. Schliesslich wies die Beschwerdegegnerin die vorgeannten Einsprachen mit Entscheid vom 18. März 2022 (Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

2. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 29. April 2022 (A.S. 16 ff.) fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Sie stellt folgende Rechtsbegehren: 1. Es seien der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. März 2022 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 30. September 2020 vollumfänglich aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 30. September 2020 hinaus Taggelder nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % (bezogen auf ein 100%-Pensum) sowie die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu entrichten. 3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2020 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 60 %, eine noch zu bestimmende Integritätsentschädigung und Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu entrichten. 4. Subeventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten unter Einschluss der

Disziplinen Neurologie, orthopädische Chirurgie sowie Psychiatrie zu initiieren. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2022 (A.S. 53 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Replik vom 6. Juli 2022 (A.S. 63 ff.) verweist die Beschwerdeführerin auf ihre bisherigen Rechtsbegehren und Vorbringen. 6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 832.20, 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). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C\_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. 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). 2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist. 3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem

eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim

Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis). 4. 4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen). 4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers 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 rechtsprechungsgemäss 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). 5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in C. \_\_\_ zunächst festzuhalten, dass es sich bei dieser gemäss BGE 136 V 117 nicht um ein unabhängiges Gutachtensinstitut im Sinne von Art. 44 ATSG handle. Damit habe in Bezug auf den Abklärungsbericht der C. \_\_\_ die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Beweiskraft versicherungsinterner Beurteilungen zu gelten, wonach bereits geringe Zweifel reichten, damit weitere Abklärungen vorgenommen werden müssten. Im Weiteren sei zur EFL in C. \_\_\_ vorweg festzuhalten, dass diese keine brauchbare Methode zur Festlegung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin darstelle, da die Beschwerdeführerin an einer residuellen beziehungsweise persistierenden Neuropathie mit Allodynien im Rahmen eines CRPS leide. Entsprechende Problematiken seien einer neurologischen Begutachtung zuzuführen. Betreffend die Untauglichkeit der EFL zur Evaluation der vorliegenden Problematik und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werde auch verwiesen auf die Besprechungsnotiz der SUVA vom 24. September 2020 und die dortige Kritik der auf Schmerztherapie spezialisierten Ergotherapeutin, Frau F. \_\_\_. Soweit der Beschwerdeführerin eine mässige Symptomausweitung vorgeworfen werde, werde dies bestritten. Die Beschwerdeführerin habe in sämtlichen Untersuchungen stets sehr differenziert und lokalisiert die Schmerzen und Beschwerden geschildert. Zudem solle ein Widerspruch in den Angaben dadurch konstruiert werden, dass die Beschwerdeführerin eine Malieodrain-Bandage getragen habe, jedoch keine Berührungen zulasse. Hier bestehe de facto kein Widerspruch. Eine Druckbandage werde gerade rezipiert bei Allodynien. Druck wirke beruhigend auf neurogene Schmerzen und ein Reiz, welcher immer kontinuierlicher werde, könne vom zentralen Nervensystem ausgeblendet werden und sei somit erträglicher als eine leichte Berührung, welche ständig wechsele. Diese medizinische

Erfahrungstatsache, welche von der Ergotherapeutin F. \_\_\_ bestätigt worden sei, lasse die Physiotherapeutin der C. \_\_\_ geflissentlich unter den Tisch fallen. Diese Tatsache zeige aber gerade auf, dass es der Physiotherapeutin offensichtlich an der korrekten Fachrichtung gemangelt habe, um den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hinreichend und seriös beurteilen zu können. Gesamthaft seien im Zusammenhang mit der EFL nicht die notwendigen medizinischen Fachdisziplinen begrüsst worden, es habe praktisch keine klinische Befunderhebung stattgefunden, eine apparative Befunderhebung fehle völlig, die Aktenanamnese gestalte sich selektiv und unterschlage die Tatsache, dass bislang sämtliche involvierten Ärzte ausserhalb der Suva und auch Dr. med. G. \_\_\_ von der Suva ein CRPS mit sich hieraus ergebendem neuropathischem Schmerzbild, Allodynien sowie Hyposensibilitäten diagnostiziert hätten. Zudem setze sich die EFL mit entsprechend abweichenden Meinungen in keiner Weise auseinander. Dagegen habe der Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_ am 4. Januar 2019 festgehalten, die Allodynie habe sich wieder verstärkt und sei als Unfallfolge anzunehmen. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. November 2019 habe Dr. med. G. \_\_\_ zudem eine deutlich erniedrigte Temperatur des linken Oberschenkels gegenüber der Gegenseite festgestellt. Die Berührung im ausgewiesenen Allodynie-Bereich sei schmerzhaft und werde auf ein Minimum reduziert. Mit Stellungnahme vom 4. November 2020 habe Dr. med. G. \_\_\_ dann jedoch in diametraler Diskrepanz zu seinen vorangehenden Einschätzungen vom November 2019 festgehalten, die Problematik entspreche keinem neuropathischen Schmerz, es bestehe kein Residualzustand bei CRPS mehr und es bestehe eine Arbeitsfähigkeit im Sinne der EFL in C. \_\_\_. Solche Widersprüchlichkeiten desselben Arztes innerhalb seiner Beurteilungen seien selbstredend nicht hinzunehmen. Bereits mit Bericht vom 28. Mai 2017 habe Dr. med. H. \_\_\_ ein CRPS diagnostiziert und ein Schonhinken, eine livide Hautverfärbung im Vergleich zur Gegenseite sowie eine Überwärmung und ferner eine Berührungsempfindlichkeit festgestellt. Mit Bericht vom 16. Oktober 2017 hätten die Spezialisten des I. \_\_\_ das CRPS am linken Fuss bestätigt. Es sei eine Neuropathie des distalen Unterschenkels lateral bis 10 cm proximal des Malleolus lateralis im Bereich der Basis des Metatarsale V festgehalten worden. Mit Bericht vom 22. August 2019 seien die entsprechenden Diagnosen bestätigt worden. Seitens der I. \_\_\_ sei mehrfach, zuletzt mit Wiedererwägungsgesuch betreffend einen Neurostimulator, bestätigt worden, dass ein CRPS Typ I vorliege, als Folge des Distorsionstraumas im Rahmen des Treppensturzes. Im Sinne dieser ärztlichen Berichte sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ein CRPS erlitten habe und noch immer an entsprechenden Folgen des CRPS leide. In diesem Zusammenhang sei die Begründung des Suva-Arztes, die Beschwerden könnten nicht neuropathisch sein, da dies eine Schädigung sensomotorischer Nervenstrukturen im peripheren und zentralen Nervensystem als Ursache voraussetze, medizinisch klar falsch. Wie auch das Bundesgericht erkannt habe, sei zu unterscheiden zwischen einem CRPS I und einem CRPS II. Lediglich bei Störungen im Rahmen eines CRPS II sei von einer Nervenläsion auszugehen. Wobei in diesem Zusammenhang festzuhalten sei, dass vorliegend zuletzt ein CRPS I durch die Neurochirurgie des I. \_\_\_ diagnostiziert worden sei. Auch ein CRPS I kennzeichne sich aber gerade durch neuropathische Schmerzen, durch Allodynien und Hyperalgesien, kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen, wie sie auch vorliegend vorhanden seien. Dies habe auch das Bundesgericht mehrfach erkannt, unter anderem im Urteil 8C\_123/2018 vom 18. September 2018. Das Bundesgericht habe sodann festgehalten, das CRPS sei ein organischer Gesundheitsschaden (vgl. Urteil 8C\_1021/2010 vom 19. Februar 2011, E. 7). Es handle sich gemäss

Bundesgericht um eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Schädigung. Der Vertrauensarzt der D.\_\_\_\_, Dr. J.\_\_\_\_, halte sodann fest, dem C.\_\_\_\_ Arzt sei zu widersprechen, wonach die vorhandenen Schmerzen anlässlich einer EFL sich nicht mit chronischen, neuropathischen Schmerzen erklären liessen. Auch sei überwiegend wahrscheinlich der Feststellung zu widersprechen, dass die Schmerzen der Versicherten nicht mehr den Budapest-Kriterien zuzuordnen seien. Diese Klassifizierung sei anfangs nach dem Unfallereignis von Bedeutung, jedoch nicht mehr zur Feststellung eines Endzustandes, um die Schmerzen als nicht mehr ursächlich zu dem Ereignis nach einer funktionellen Belastungsprüfung abzuweisen. Dieses Vorgehen entspreche nicht der Klassifikation und deren Zweck. Des Weiteren sei mit der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 4. November 2020, welche die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholt habe, das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt worden. So habe der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen im nichtstreitigen Administrativverfahren durchzuführen. Er dürfe diese nicht ins Einspracheverfahren verschieben, was vorliegend in Verletzung von Bundesrecht geschehen sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_410/2013 vom 15. Januar 2014). Zudem komme Berichten beratender Ärzte im streitigen Verfahren lediglich der Status von Parteibehauptungen zu. Damit sei die neuerliche Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 4. November 2020 bereits in formellrechtlicher Hinsicht aus den Akten zu weisen und überdies als beweisuntauglich zu qualifizieren. Im Übrigen gehe Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. November 2020 überhaupt nicht auf die an der EFL-Abklärung gerügten Mängel ein, sondern behaupte einfach pauschal, dass es keinen Grund gebe, hieran zu zweifeln. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sei sodann auch das von der IV initiierte Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 17. März 2021 in keiner Weise beweistauglich. Zum neurologischen Gutachten sei festzuhalten, dass der neurologische Gutachter die Diagnose von chronischen und neuropathischen Schmerzen an Fuss und Unterschenkel links stelle. Damit bestätige er, dass die Schmerzen somatisch erklärbar seien. Der Gutachter halte zudem zu Recht fest, dass die Beschwerdeführerin weder simuliere noch aggraviere und die Verhaltensbeobachtung unauffällig sei. Dies stütze die Diagnose des neuropathischen Schmerzbilds. Soweit der Gutachter im Weiteren festhalte, es müsse von einer erheblichen Verdeutlichung der subjektiv berichteten Beschwerden ausgegangen werden, sei diese Aussage widersprüchlich zu den vorerwähnten Ausführungen und auch zur Diagnostik eines neuropathischen Schmerzcharakters. Der Gutachter gehe davon aus, dass die Budapest-Kriterien eines CRPS nicht mehr erfüllt seien. Zu konstatieren sei, dass nach Massgabe der Aktenlage immer wieder Untersuchungen stattgefunden hätten, die Verfärbungen oder Temperaturunterschiede zu erheben vermocht hätten, was typische Anzeichen eines noch floriden CRPS seien. Auch anlässlich der stationären Hospitalisation in der Klinik K.\_\_\_\_ habe ein Eintrittsbefund einer deutlichen Untertemperatur an schmerzhaftem Fuss links erhoben werden können. Zudem habe Dr. med. J.\_\_\_\_ mit seiner Stellungnahme zu Händen der D.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2020 zutreffende und korrekte Kritik an den medizinischen Berichten der Suva geübt und darauf hingewiesen, dass die Budapest-Kriterien anfangs nach dem Unfallereignis von Bedeutung seien, jedoch nicht mehr zur Feststellung eines Endzustandes, um die Schmerzen als nicht mehr ursächlich zu dem Ereignis nach einer funktionellen Belastungsprüfung abzuweisen. Es sei auch zu Unrecht weder eine Testung der Nervenleitfähigkeit noch eine quantitativ sensorische Testung, um die Veränderung der Hautsensibilität bei neuropathischen Schmerzen zu messen, durchgeführt worden. Sodann habe seitens des Neurologen keinerlei Auseinandersetzung mit der divergierenden

medizinischen Aktenlage stattgefunden. Zudem verhalte es sich so, dass die vom neurologischen Gutachten gestellte Diagnose mit der von ihm attestierten Arbeitsfähigkeit in sitzender Tätigkeit qualifiziert widersprüchlich sei. Eine Person, welche an chronischen und neuropathischen Schmerzen am Fuss- und Unterschenkel links leide, werde keine 100%ige Arbeitstätigkeit ausüben können. Dies schon nur, da das Arbeitstempo verlangsamt sei, eine Notwendigkeit vermehrter Pausen bestehe und überdies die Konzentrationsfähigkeit eingeschränkt sei. Beweisuntauglich sei auch das rheumatologische Teilgutachten der E.\_\_\_\_. Der Rheumatologe halte ebenfalls fest, es bestehe keine Verdeutlichungstendenz und keine Selbstlimitierung. Trotz dieser Feststellung gehe der Gutachter dann aber davon aus, dass die Versicherte ein erhöhtes Schmerzgebaren an den Tag lege. Sodann gehe der Gutachter davon aus, dass eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung zu postulieren sei (Seite 17 unten). Im Widerspruch zum neurologischen Gutachter, welcher von einem neuropathischen Schmerzbild ausgegangen sei, ordne der rheumatologische Gutachter die Schmerzen mithin einem psychiatrischen Beschwerdebild zu. Solche Widersprüchlichkeiten innerhalb desselben Gutachtens seien nicht hinzunehmen. Nachdem der Rheumatologe sich zuvor auf den Standpunkt gestellt habe, dass das Leiden psychischer und nicht somatischer Natur sei, erstaune es dann aber, dass er von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in rheumatologischer Hinsicht ausgehe. Des Weiteren sei das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls beweisuntauglich. Gesamthaft sei somit auch das Gutachten der E.\_\_\_\_ im Sinne der vorangehenden Kritik unbrauchbar. Dass das Gutachten der E.\_\_\_\_ nicht schlüssig und nachvollziehbar sei, habe denn auch die IV erkannt. Anstatt jedoch eine neue Begutachtung zu initiieren, habe sich die IV mit diversen Ergänzungsfragen an die Gutachter gewandt. Diese hätten aber bis heute keine Stellungnahme abgegeben. Sodann bestünden entsprechend der Stellungnahme der Ergotherapeutin anlässlich des Gesprächs vom 24. September 2020 noch immer diverse Therapien im Versuch, wie dies schon einmal gelungen sei, die Arbeitsfähigkeit wieder zu steigern. Entsprechend könne, auch mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom November 2019, wo dies bestätigt worden sei, per 30. September 2020 noch nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden. Folglich sei der Beschwerdeführerin über den 30. September 2020 hinaus ein Taggeld nach Massgabe einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit (bezogen auf ein 100%-Pensum) zu entrichten. Gleichzeitig seien die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu übernehmen. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass die Adäquanz unter bestimmten Umständen auch bei leichten Unfällen zu prüfen sei. Nämlich dann, wenn der Unfall unmittelbare Unfallfolgen zeitige, die sich nicht offensichtlich als unfallunabhängig erwiesen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_824/2008 vom 30. Januar 2009 E. 4.2). Diese Voraussetzungen seien vorliegend zu bejahen, weshalb die Beschwerdegegnerin klarerweise auch für die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin leistungspflichtig sei. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Ärzte seien sich einig, dass der medizinische Endzustand erreicht sei. Der Schmerzmediziner Dr. med. L.\_\_\_\_ habe im Februar 2020 keine weiteren zielführenden Möglichkeiten gesehen und habe die Behandlung im Mai 2020 abgeschlossen (Suva-Nr. 371, 404). Auch Dr. med. H.\_\_\_\_ habe sich der Ansicht gezeigt, dass keine somatische Erkrankung mehr vorliege und die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig sei (Suva-Nr. 431). Damit seien die entsprechenden Schlussfolgerungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ und der in der C.\_\_\_\_ durchgeführten EFL auch

durch die behandelnden Ärzte bestätigt und die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermöchten nicht zu überzeugen. Im Übrigen stimme dies mit dem Gutachten der E.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 509) überein, welches keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festhalte und angebe, dass die Beschwerdeführerin lediglich subjektiv durch die Beschwerden des linken Beines beeinträchtigt sei und in der Untersuchung kein objektivierbares Korrelat habe gefunden werden können. Hinsichtlich der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit bestehe zudem überwiegend die Ansicht, dass die Versicherte in ihrer bisherigen Tätigkeit bereits optimal eingegliedert sei und in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Einhaltung gewisser Einschränkungen und Limiten ohne quantitative oder zeitliche Leistungseinbusse tätig sein könne. Diese Ansicht werde einzig vom Vertrauensarzt der D.\_\_\_\_, Dr. med. J.\_\_\_\_, nicht geteilt. Er begründe seine Einschätzung unter anderem damit, dass sich die klinischen Befunde seit der Untersuchung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ am 12. November 2019 nicht verändert (bzw. verschlechtert) hätten, auch die Therapien hätten keine Verbesserung gebracht, folglich sei ein Leistungsprofil mit geringeren Einschränkungen nicht nachvollziehbar. Dem sei entgegenzuhalten, dass dies keineswegs abwegig sei. In der laufenden medizinischen Phase würden oftmals auch subjektive Beschwerden berücksichtigt. Aus den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ gehe hervor, dass er der Versicherten nochmals ein Behandlungszeitfenster von einem halben Jahr eingeräumt habe, um mittels der durchgeführten Therapien den medizinischen Zustand zu verbessern und die Arbeitsfähigkeit langsam zu steigern. Nachdem zwischenzeitlich aber die verbliebenen Beschwerden nicht mehr durch die Residuen eines CRPS hätten erklärt werden können und auch neuropathische Schmerzen hätten verneint werden müssen, habe sich bei den weiteren Abklärungen gezeigt, dass keine somatische Erklärung mehr für die Schmerzen vorhanden gewesen sei. Es rechtfertige sich entsprechend nicht, auf dieses nicht abschliessende Zumutbarkeitsprofil abzustellen. Die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ werde gestützt durch die EFL-Abklärung in C.\_\_\_\_ (act. 451) und durch das polydisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_. In beiden Beurteilungen könne ebenfalls keine Einschränkung der bisherigen Tätigkeit festgestellt werden. Sodann sei zu erwähnen, dass die Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_ eine reine Aktenbeurteilung sei. Hingegen sei die Versicherte mehrmals durch Dr. med. G.\_\_\_\_ persönlich untersucht worden, auch in C.\_\_\_\_ hätten Untersuchungen stattgefunden und anlässlich des Gutachtens hätten umfassende eigene Untersuchungen stattgefunden. Die Beurteilungen seien sodann einleuchtend und einlässlich begründet. Da sie sich ebenfalls mit den geklagten Beschwerden auseinandersetzten und in Kenntnis sämtlicher massgebender Akten ergangen seien, komme ihnen voller Beweiswert zu (zum Beweiswert: BGE 125 V 351 E. 3). Sodann gingen der Einwand der Beschwerdeführerin gegen die EFL ins Leere. Denn rechtsprechungsgemäss bestehe die EFL u.a. aus einem ergonomischen Assessment, in dessen Rahmen durch Arbeitssimulationstests (wie Heben und Tragen, Arbeit über Kopfhöhe oder Leitersteigen) das arbeitsbezogene Leistungsvermögen generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt werde. Die EFL bemesse somit die Fähigkeit, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und schätze den Zeitraum, während dessen die Probanden diese im Verlaufe eines ganzen Tages ausüben im Stande seien. Das umfassende Testverfahren ermögliche zudem relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der versicherten Person, wobei eine allfällig beobachtete Symptomausweitung und Selbstlimitierung im Rahmen eines chronifizierten Zustandes für die Bewertung der Zumutbarkeit bedeutsam sein könne. Stehe ein Schmerzsyndrom im Vordergrund, werde eine objektive Evaluation des funktionellen Leistungsvermögens zwar schwieriger, weil die Anstrengung oft durch

eine Selbstlimitierung geprägt sei; auch in solchen Fällen erlaube die EFL indes eine Quantifizierung der Leistungen, welche die Probanden einverstanden seien zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_512/2009 vom 25. November 2009 E. 5.2). Des Weiteren stehe die Aussage aus dem EFL-Bericht, wonach die beklagte ausgeprägte Schmerzproblematik im Bereich des linken Beines nicht mit chronischen neuropathischen Schmerzen erklärbar sei, da dies eine Schädigung somatosensorischer Nervenstrukturen im peripheren oder zentralen Nervensystem als Ursache voraussetze, nicht alleine da. Auch der versicherungsmedizinische Neurologe Dr. med. M.\_\_\_\_ habe in seiner Beurteilung vom 2. September 2019 festgehalten, dass in den Unterlagen von einem neuropathischen Schmerz die Rede sei, jedoch über die Berührungsempfindlichkeit hinausgehende sensible Symptome fehlten, so dass auch angesichts des Fehlens einer unfallbedingten Nervenschädigung die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes nicht begründet sei (Suva-Nr. 297). Sodann rüge die Beschwerdeführerin die Verletzung ihres rechtlichen Gehörs durch die Einholung der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 4. November 2020 im Einspracheverfahren. Diese Beurteilung sei aufgrund der medizinischen Begründung in der Einsprache der D.\_\_\_\_ eingeholt worden, was rechtsprechungsgemäss zulässig sei. Im Übrigen könne eine Verletzung des rechtlichen Gehörs schon deswegen ausgeschlossen werden, weil der besagte Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 4. November 2020 dem Anwalt der Beschwerdeführerin vor der Eingabe seiner Einsprache zur Verfügung gestanden sei, sei diese doch Bestandteil der am 23. November 2020 erstellten Aktenedition für ihren Rechtsvertreter gewesen (siehe Schreiben vom 24. November 2020; Suva-Nr. 486). 6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre weitergehende Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 18. Februar 2017 mit Einspracheentscheid vom 18. März 2022 (A.S. 1 ff.) verneint und ihre Leistungen per 30. September 2020 eingestellt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 6.1 Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Mai 2017 (Suva-Nr. 16) ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) mit Tendinitis der Sehne des M. peroneus brevis nach Distorsionstrauma. In diesem Zusammenhang erhob er folgende Befunde: «OSG links: Schwellung perimalleolär, Druckdolenz über dem medialen und lateralen Bandapparat. Eindrückliches Schonhinken. Leicht livide Hautverfärbung im Vergleich zur Gegenseite. Leichte Überwärmung im Vergleich zur Gegenseite, Berührungsempfindlichkeit. MRI OSG links vom 22. Mai 2017: Leichte Tendinitis der Sehne des Muskulus peroneus brevis.» 6.2 Im Bericht des I.\_\_\_\_, vom 16. Oktober 2017 (Suva-Nr. 75) wurden folgende Diagnosen gestellt: Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) Fuss links Auslöser: Distorsionstrauma am 18. Februar 2017 (Treppensturz) - Trophik und Motorik intakt - Tendinopathie der Peroneussehnen mit Induration nach proximal - Neuropathie distaler Unterschenkel lateral bis 10 cm proximal des Malleolus lateralis sowie im Bereich der Basis des Metatarsal V - Bisherige Therapien: Prednisolon, Duloxetin, Lyrica, Miacalcic Aktuell: - Residuelle resp. persistierende Neuropathie, DD Tarsaltunnel-Syndrom - Therapieversuch mit topischen Anästhetika und Capsaicin - Dringende Empfehlung zur psychologischen Betreuung (Coaching) Aktuell bestehe lediglich eine Residualsymptomatik mit prädominant neuropathischen Schmerzen. Differentialdiagnostisch sei ein laterales Tarsaltunnel-Syndrom in Erwägung zu ziehen. Zusätzlich bestehe eine leichte, funktionell nicht relevante Induration im Bereich der retromalleolären Anteile der Peroneussehnen (welche eine Tarsaltunnel-Symptomatik verursachen könne). In der Annahme einer fehlenden ossären Mitbeteiligung (keine Demineralisierung), unauffälliger Trophik und fehlender entsprechender

Schmerzsymptomatik sei die Therapie mit Miacalcic nicht zwingend notwendig. 6.3 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, FA interventionelle Schmerztherapie SSIPM, N.\_\_\_\_, vom 26. Januar 2018 (Suva-Nr. 107) wurden folgende Diagnosen gestellt: Persistierende Schmerzen Fuss links - St.n. Distorsionstrauma Fuss links (nach Treppensturz am 18. Februar 2017) mit Tendinitis der Sehne des M. peroneus brevis - (Akten)anamnestisch St.n. CRPS, aktuell Budapest-Kriterien nicht mehr erfüllt Die Beschwerdeführerin leide aktuell an chronisch persistierenden Schmerzen am Fuss links bei St.n. Distorsionstrauma. Der Schmerz habe einen gemischten Charakter mit einerseits einer mechanisch-nozizeptiven Komponente mit Schmerzzunahme bei Belastung, zusätzlich bestehe auch eine neuropathische Schmerzkomponente mit früher deutlicher Allodynie, welche anamnestisch nach Behandlung mit einem Qutenza-Pfaster schon deutlich regredient sei. Anamnestisch und klinisch seien aktuell die Budapest-Kriterien für das CRPS nicht mehr erfüllt, es persistiere jedoch eine diskrete Allodynie am Fussrist und am lateralen Fussrand links sowie eine leichte Druckdolenz mehr oder weniger bei der Ansatzstelle des musculus peroneus brevis. 6.4 Im Bericht der O.\_\_\_\_ vom 9. April 2018 (Suva-Nr. 143) wurde ausgeführt, die Zuweisung zum Psychiatrischen Dienst sei im Oktober 2017 wegen depressiver Symptome einer Anpassungsstörung bei prolongiertem Heilungsverlauf der Fussverletzung mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen und infolge davon Problemen am Arbeitsplatz und Kündigung durch den Arbeitgeber, erfolgt. Die Beschwerdeführerin nehme die anfänglich zweiwöchentlich, später monatlich stattfindenden Termine zuverlässig wahr. Im Verlauf der Behandlung sei unter psychotherapeutischer Begleitung und Ausbau der antidepressiven Medikation ein Rückgang der depressiven Symptomatik zu verzeichnen. Bezüglich der Schmerzsymptomatik habe sich allenfalls eine leichte Verbesserung ergeben, wobei die Schmerzintensität fluktuieren. 6.5 Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 10. Juni 2018 fest, seit seinem letzten Bericht vom 13. Mai 2018 seien keine wesentlichen Änderungen eingetreten. Erfreulich sei, dass die Beschwerdeführerin keine Gehstöcke mehr benötige. In der klinischen Untersuchung fänden sich an den Füßen vom Hautkolorit her seitengleiche Befunde, gehen auf den Zehen und Fersen sei beidseits problemlos möglich. Weiterhin gebe die Beschwerdeführerin am linken Unterschenkel eine Hypersensibilität an. 6.6 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, FA interventionelle Schmerztherapie SSIPM, N.\_\_\_\_, vom 6. Juli 2018 (Suva-Nr. 173) wurde ausgeführt, nach einem erneuten Sturz vom 19. Mai 2018 sei es zu einer Exazerbation der neuropathischen Schmerzen gekommen. Die Beschwerdeführerin leide an chronischen Schmerzen am Fuss links, wobei aktuell vor allem eine neuropathische Schmerzkomponente bestehe. Die Schmerzproblematik habe im Februar 2017 begonnen mit der Entwicklung eines CRPS als Folge des Distorsionstraumas vom 18. Februar 2017. Die persistierenden neuropathischen Schmerzen, welche in der Allodynografie der behandelnden Ergotherapeutin auch dokumentiert worden seien, seien in den letzten Wochen leider wieder exazerbiert. Die erneut durchgeführte Allodynografie zeige auch die Zunahme des Schmerzareals. Die aktuelle Behandlung sei multimodal optimal aufgegleist mit medikamentöser Therapie der neuropathischen Schmerzen (Duloxetin und Pregabalin), intensiver Ergotherapie mit Desensibilisierung, Spiegeltherapie sowie Schmerzedukation. Es erfolge auch eine regelmässige psychotherapeutische Begleitung. Trotz all dieser Massnahmen sei eine Erhöhung des Arbeitspensums über 70 % nicht realisierbar, da dadurch eine höhere Belastung entstehe, was wiederum die neuropathischen Schmerzen zu einem unerträglichen Masse erhöhe. 6.7 In der ärztlichen Beurteilung von Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, vom 11. September 2018 (IV-Nr. 199) wurde als Diagnosen ein Distorsionstrauma linker Fuss mit Tendinitis der Peroneus brevis-Sehne und ein CRPS gestellt. Unfallbedingte strukturelle Läsionen seien zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr nachweisbar. Die Entwicklung eines CRPS sei eine Komplikation nach einer Verletzung, die jedoch weitgehend abgeklungen sei. Die jetzt noch beschriebene Beschwerdesymptomatik sei Ausdruck einer zunehmenden Verarbeitungsstörung der Schmerzsymptomatik. Empfohlen werde zunächst die Fortsetzung der eingeschlagenen Behandlung noch bis Ende dieses Jahres und dann Abschluss der Behandlung bei zu erwartender vollständiger Ausheilung der Folgen des Unfalls vom 18. Februar 2017 und der daraus resultierenden Komplikationen. Die zurzeit bestehende Arbeitsunfähigkeit von 30 % sollte bis Ende Oktober beendet werden können. Danach sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen.

6.8 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, FA interventionelle Schmerztherapie SSIPM, N.\_\_\_\_, vom 11. September 2018 (Suva-Nr. 205, S. 7) wurde ausgeführt, der Verlauf sei schleppend, wobei die beschriebenen neuropathischen Schmerzen in den letzten Wochen ohne klar eruierbares Ereignis wieder zugenommen hätten, so dass die durch die Ergotherapeutin durchgeführte Desensibilisierung wieder habe abgebrochen werden müssen. Aus schmerztherapeutischer Sicht sehe er, Dr. med. L.\_\_\_\_, aktuell neben der ausgebauten Medikation, der ergotherapeutischen Behandlung bei einer versierten Therapeutin sowie der psychiatrischen Begleitung keine sinnvollen erfolgsversprechenden Zusatzmassnahmen.

6.9 Mit Stellungnahme vom 4. Januar 2019 (Suva-Nr. 223) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, fest, da sich die Allodynie wieder verstärkt habe und diese als Unfallfolge anzunehmen sei, bedürfe es weiterhin der vorgeschlagenen Behandlung für ein weiteres halbes Jahr. Es könne auch noch nicht sicher gesagt werden, ob dann endgültig ein Behandlungsabschluss möglich sei. Dies hänge im Wesentlichen von der Entwicklung der Allodynie ab.

6.10 Im Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 2. April 2019 (Suva-Nr. 237) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, einen chronisch neuropathischen Schmerz im linken Fuss bei Status nach CRPS bei Status nach Supinationstrauma nach Unfall vom 18. Februar 2017. Zur Befunderhebung hielt er fest, es bestünden keine Hautverfärbungen, keine trophischen Veränderungen, keine Überwärmung, zur Gegenseite sei keine Temperaturdifferenz erkennbar. Die Berührung ab Mitte Unterschenkel bis zur Lateralseite des Fusses sei extrem empfindlich. Die Beweglichkeit der Sprunggelenke sei seitengleich und unauffällig. Eine Einschränkung der Beweglichkeit der unteren Sprunggelenke könne auch nicht erkannt werden, auch die Zehenbeweglichkeit sei seitengleich und unauffällig. Die Versicherte leide an den Folgen eines Unfalls mit Supinationstrauma. Die unfallbedingten strukturellen Läsionen seien nicht sehr ausgeprägt gewesen. Als einzigen Befund habe man eine Tendinitis der Peroneus brevis-Sehne erkennen können. Es habe sich jedoch relativ rasch ein florides CRPS und im weiteren Verlauf ein neuropathischer Schmerz entwickelt, der zum jetzigen Zeitpunkt unverändert anhalte. Zeichen für ein florides CRPS seien nicht mehr erkennbar. Die Budapest-Kriterien seien nicht erfüllt. Die Allodynie-Zone im Bereich des linken Unterschenkels sei sehr ausgeprägt und sei bisher nicht kleiner geworden. Die zurzeit durchgeführte Behandlung mit Ergotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie und psychiatrischer Betreuung erscheine sinnvoll. Ausgesprochenes Ziel der Versicherten sei es, wieder auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu kommen. Ob eine Steigerung erreicht werden könne, hänge ein wenig von der weiteren Entwicklung ab, es werde zunächst mal die psychosomatische Behandlung im I.\_\_\_\_ abzuwarten sein, die indiziert erscheine. Die

Fortsetzung der ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und analgetischen Behandlung sowie die Behandlung mit schmerzdistanzierenden Medikamenten unter schmerztherapeutischer Anleitung erscheine sinnvoll. Der neuropathische Schmerz im Bereich des linken Beines sei noch als Unfallfolge zu sehen. 6.11 Im Austrittsbericht des Neurozentrums des I.\_\_\_\_, vom 22. August 2019 (Suva-Nr. 294) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen - neuropathischer Fuss- und Unterschenkelschmerz links im Sinne eines CRPS-Residuums 2. Mittelgradig depressive Episode i. R. Diagnose 1 3. Hypothyreose Die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzstörung mit neuropathischem Fuss- und Unterschenkel schmerz links im Sinne eines CRPS-Residuums nach Distorsionstrauma am 18. Februar 2017, weshalb sie vom 15. Mai bis 11. Juni 2019 auf der psychosomatischen Bettenstation behandelt worden sei. Zur Festigung der hier erlernten Strategien zum Umgang mit chronischen Schmerzen und weiteren Schmerzlinderung sei ein psychosomatischer Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik K.\_\_\_\_ organisiert und am 18. Juni 2019 begonnen worden. Leider habe sich die Beschwerdeführerin hier in ihrem Leiden nicht ausreichend ernst genommen gefühlt und habe das Therapieprogramm als für ihre Situation unpassend empfunden, sodass die Rehabilitation beendet und eine erneute stationäre Behandlung im I.\_\_\_\_ durchgeführt worden sei. Hier sei sie in das multimodale Therapiekonzept integriert und von physio-, ergo-, und psychotherapeutischer sowie pflegerischer und ärztlicher Seite betreut und behandelt worden. 6.12 Mit Stellungnahme vom 2. September 2019 (Suva-Nr. 297) führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin, aus, anhand der vorliegenden Berichte aus dem P.\_\_\_\_ (1. Juli 2019) und aus K.\_\_\_\_ sei festzuhalten, dass bei der Versicherten kein florides CRPS mehr vorliege. Die Budapest-Kriterien seien im April 2018 gemäss Dr. med. L.\_\_\_\_ und im Mai 2019 nicht mehr erfüllt gewesen. Es sei in den Unterlagen von einem neuropathischen Schmerz die Rede; bei der kreisärztlichen Untersuchung am 2. April 2019 sei die Beschwerdeführerin bei Berührung des linken Unterschenkels extrem überempfindlich gewesen, im Sinne einer Allodynie. Es hätten jedoch darüberhinausgehende sensible Symptome gefehlt, so dass auch angesichts des Fehlens einer unfallbedingten Nervenschädigung die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes nicht begründet sei. 6.13 Im Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 12. November 2019 (Suva-Nr. 338) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, fest, die optimistische Sichtweise vom April 2019 sei jetzt nicht mehr weiter aufrechtzuerhalten. Die Zunahme der Allodynie sei trotz sonst stabiler Verhältnisse eher besorgniserregend. Es sei zu hoffen, dass durch die Fortsetzung der jetzigen Behandlung eine Stabilisierung eintrete und gegebenenfalls die Zone wieder verkleinert werden könne. Die dadurch erforderliche Reduzierung des Arbeitseinsatzes sei nicht zu vermeiden gewesen. Das Wiedererreichen der 70%igen Arbeitsfähigkeit sollte das Fernziel bleiben und vielleicht im Zeitrahmen von einem halben Jahr erreicht werden können. Ob darüber hinaus eine Steigerung möglich sei oder ob dies dann den Endzustand darstelle, könne noch nicht sicher entschieden werden. Es sei aber jedoch eher davon auszugehen, dass eine Steigerung über die 70 % hinaus nicht möglich sei. Die bisher durchgeführte Therapie erscheine sinnvoll und sollte fortgesetzt werden. 6.14 Im Bericht vom 31. August 2020 betreffend die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) der C.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 451) wurde zur Beurteilung festgehalten, die von der Beschwerdeführerin beklagte ausgeprägte Schmerzproblematik im Bereich des linken Beines mit beklagter Allodynie könne nicht mit chronischen neuropathischen Schmerzen erklärt werden, da dies eine Schädigung somatosensorischer Nervenstrukturen

im peripheren oder zentralen Nervensystem als Ursache voraussetze. Erstmals finde das CRPS im Bericht des Hausarztes vier Monate nach der OSG-Distorsion Erwähnung. Auf einzelne IASP Kriterien (Budapester Kriterien) werde nicht eingegangen. Wenige Monate später sei eine rheumatologische Beurteilung im I.\_\_\_\_ erfolgt. Diese bestätige zwar die Diagnose eines CRPS ohne die Grundlage zu benennen, auf der diese Diagnose erfolgt sei. Erstaunlich sei, dass zu diesem Zeitpunkt nur noch von einer Residualsymptomatik gesprochen worden sei bzw. auch ein Tarsaltunnelsyndrom als mögliche Ursache differentialdiagnostisch in Betracht gezogen worden sei. Mit dem ersten Sprechstundenbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Schmerzsprechstunde N.\_\_\_\_, sei die Diagnose nicht mehr gestellt worden, da er die erforderlichen Kriterien nicht mehr als erfüllt angesehen habe. Man dürfe retrospektiv die Frage stellen, ob die Diagnose CRPS unter Berücksichtigung der erforderlichen Diagnosen richtig gestellt worden sei, so sprächen z.B. die diskutierte Differentialdiagnose eines Tarsaltunnelsyndroms und die Feststellung einer unauffälligen Trophik durch die Rheumatologie Insel gegen ein CRPS nach den Budapester Kriterien. Selbst unter der Annahme, dass die Beschwerdeführerin einige Monate unter einem CRPS gelitten hätte, sei der äusserst protrahierte Heilverlauf medizinisch nicht nachvollziehbar. Im Laufe der Jahre hätten alle medikamentösen und physiotherapeutischen sowie ergotherapeutischen Bemühungen nicht zu einer Verbesserung der Beschwerdeproblematik beitragen können, im Gegenteil, das aktuell präsentierte Beschwerdebild sei ausgeprägter als jemals zuvor. Die Ausdehnung des Schmerzareals lasse sich organisch nicht erklären. Relativ früh habe man im Verlauf auf die psychische Komponente und die Notwendigkeit einer entsprechenden Behandlung hingewiesen. Die Patientin sei in Langzeitbehandlung bei Frau Dr. med. Q.\_\_\_\_ gestanden und sei von ihr auch medikamentös unterstützt worden. Die Ausprägung der depressiven Problematik werde von Frau Dr. med. Q.\_\_\_\_ als fluktuierend bezeichnet. Zusammenfassend könnten heute keine unfallkausale bzw. keine organische Erklärung für das vorliegende Schmerzsyndrom gefunden werden, eine neuropathische Genese könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Mit Wahrscheinlichkeit liege eine chronische Schmerzstörung vor, die bisher therapeutischen Bemühungen nicht zugänglich gewesen sei. Es liege ein medizinischer Endzustand vor, von weiteren medizinischen Massnahmen inklusive regelmässiger Ergo- bzw. Physiotherapie sei keine Verbesserung der Schmerzproblematik zu erwarten. Es lägen keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr vor. Es gebe keinen medizinischen Grund, warum eine sehr leichte, administrative Tätigkeit, welcher die Beschwerdeführerin aktuell nachgehe, nicht ganztags möglich sein sollte. 6.15 In der ärztlichen Beurteilung vom 16. September 2020 (Suva-Nr. 456) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, aus, anlässlich einer durchgeführten EFL in der C.\_\_\_\_ sei nochmals eine eingehende Untersuchung und Prüfung der Leistungsfähigkeit erfolgt. Im Rahmen der Berichterstattung sei festgehalten worden, dass unfallbedingte Residuen nicht mehr zu erkennen seien, eine Allodyniezone nicht sicher zugewiesen werden könne und weitere therapeutische Massnahmen nicht erfolgversprechend seien. Die hier zur Verfügung gestellten Berichte der behandelnden Kollegen seien nachvollziehbar und in sich schlüssig, sodass die jetzt anlässlich der EFL festgestellten Befunde im Zusammenhang mit den Berichten des behandelnden Hausarztes sowie auch des Schmerztherapeuten stünden. Es werde daher der Administration der Fallabschluss vorgeschlagen. Von weiteren Behandlungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. In Bezug auf ihre bisherige Tätigkeit bestehe eine uneingeschränkte

zeitliche und leistungsmässige Einsetzbarkeit aufgrund der Folgen des Unfalls. Aufgrund des jetzt festgestellten Endzustandes sei eine Integritätsentschädigung nicht geschuldet.

6.16 In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 22. Oktober 2020 (Suva-Nr. 496) führte Dr. med. J. \_\_\_\_, Sportmedizin, Manuelle Medizin, MAS Versicherungsmedizin, zuhanden der D. \_\_\_\_, die Suva werde um Konkretisierung des von ihr festgestellten Endzustandes gebeten, da nicht nachvollzogen werden könne, weshalb bei ausbleibender Beschwerdefreiheit die weiteren Therapien und die bestehenden Beschwerden nicht mehr organisch erklärt werden könnten, jedoch die Zumutbarkeit gewisse, klar auf das Ereignis vom 18. Februar 2017 bezogene Einschränkungen nenne. Diese Zumutbarkeit falle ohne Begründung bei im November 2019 von Dr. med. G. \_\_\_\_, festgestelltter Verschlechterung der medizinischen Situation aus. Gemäss den ärztlichen Berichten im Jahr 2019 und 2020 habe sich der Befund und die subjektive Symptomatik nicht verbessert, sondern verschlechtert, dokumentiert im November 2019 und durch die Suva nach kreisärztlicher Untersuchung anerkannt. Somit habe die Unfallversicherung inhaltlich zu erklären, warum eine Allodyniezone nicht genau zugewiesen werden könne (Dr. med. G. \_\_\_\_, am 15. / 16. September 2020) – dies sei fast nie der Fall – und warum die unverändert vorhandenen und hinsichtlich ihrer natürlichen Unfallkausalität stets anerkannten Befunde nun in einem Endzustand ohne Anerkennung der organischen Befunde angekommen sein sollten. Dem C. \_\_\_\_, Arzt sei zudem überwiegend wahrscheinlich zu widersprechen, dass die vorhandenen Schmerzen anlässlich einer EFL sich nicht mit chronischen neuropathischen Schmerzen erklären liessen. Auch sei überwiegend wahrscheinlich der Feststellung zu widersprechen, dass die Schmerzen der Versicherten nicht mehr den «Budapester Kriterien» zuzuordnen seien. Diese Klassifizierung sei Anfangs nach dem Unfallereignis von Bedeutung, jedoch nicht mehr zur Feststellung eines Endzustandes, um die Schmerzen als nicht mehr ursächlich zu dem Ereignis nach einer funktionellen Belastungsprüfung abzuweisen. Dieses Vorgehen entspreche nicht der Klassifikation und deren Zweck. Vielmehr sei es als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, dass die Beschwerden mit den Schmerzen der Versicherten unverändert auf das Unfallereignis zurückgeführt werden müssten, da weder klinisch noch anderweitig im gesamten Verlauf eine andere Erklärung vom Unfallversicherer festgestellt worden sei. Anlässlich einer ersten kreisärztlichen Untersuchung bei Suva-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_, am 12. November 2019 sei eine Zustandsverschlechterung festgestellt und der Endzustand sei dokumentiert nicht erreicht worden. Die unveränderte Klinik fast ein Jahr später berechtige die Suva nicht, die Befunde und Symptome als «Endzustand» ohne relevante Belastungseinschränkung zu verfügen. Im November 2019 habe der Kreisarzt festgehalten, es sei eher davon auszugehen, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 70 % hinaus nicht möglich sei. Warum dies ein Jahr später bei unveränderter klinischer Lage nicht mehr der Fall sein solle, sei den Suva-Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu entnehmen.

6.17 In der ärztlichen Beurteilung vom 6. November 2020 (Suva-Nr. 483) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, fest, anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im November 2019 seien die Beschwerden von der Versicherten subjektiv als schlimmer eingeschätzt worden, der objektive Untersuchungsbefund habe jedoch gegenüber der Voruntersuchung keinerlei Veränderung ergeben, insbesondere hätten Residuen des CRPS klinisch nicht nachvollzogen werden können. Die beschriebene Allodyniezone im Bereich des Unterschenkels entspreche keinem neuropathischen Schmerz, da sie nicht streng in einem einzelnen Segment eines Nerven zu verifizieren gewesen sei. Die wechselnde Symptomatik sowie die diskrepante freie Beweglichkeit aktiv und passiv stünden in einem gewissen

Widerspruch. Es sei den Angaben der Versicherten durchaus Glauben geschenkt worden, dass sie unter zunehmender Belastung eine Beschwerdesteigerung verspürt habe und daher sei zunächst ein weiteres Behandlungszeitfenster von einem halben Jahr eingeräumt worden. Anlässlich der hausärztlichen Beurteilung sowie weiterer Berichte sei die Entscheidung getroffen worden, die Leistungsfähigkeit der Versicherten in einer dafür ausgewiesenen Abteilung in der C.\_\_\_\_ zu überprüfen. Diese Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in einer dafür besonders ausgestatteten Abteilung sei daher explizit ausgewählt worden, um der Beschwerdesymptomatik der Versicherten gerecht zu werden und ihre Leistungsfähigkeit unter Anbetracht der erlittenen Unfallfolgen zu bewerten. Diese Massnahmen erfolgten unter ärztlicher Kontrolle. Es bestehe kein Grund, an den Ergebnissen dieser speziell eingeleiteten Massnahme zu zweifeln. Die demonstrierte Beschwerdesymptomatik sei diskrepant zu den erwarteten Unfallfolgen und dokumentiere eine somatisch nicht mehr erklärbare Schmerzsymptomatik. Bereits anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im 2019 seien Folgen des CRPS nicht mehr zu erkennen gewesen. Dem Unterzeichner sei sehr wohl bewusst, dass die Verneinung von vorhandenen Budapest-Kriterien in diesem Stadium der Erkrankung keine Relevanz mehr habe. Die Erwähnung habe lediglich der Erläuterung gedient, dass hier Veränderungen, wie man sie nach einem CRPS sehe, nicht zu erkennen gewesen seien. Anlässlich der Untersuchung hätten keine Muskelatrophien oder dauerhaft trophische Störungen der Haut gefunden werden können. Diese wären bei einem Endzustand eines chronischen CRPS zu erwarten gewesen. Die beschriebene Allodyniezone sei diffus, das neuropathische Schmerzsyndrom sei hier nicht nachvollziehbar, dieses sei explizit durch die neurologische Beurteilung von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, bestätigt worden. Somit könne aufgrund der Beurteilung der C.\_\_\_\_ nicht mehr eine somatisch erklärbare Schmerzsymptomatik angenommen werden. Die kreisärztliche Beurteilung beziehe sich hiermit lediglich auf die somatischen Folgen eines Unfalls aus dem Jahre 2017, hier seien Residuen nicht mehr zu erkennen. Die jetzt angegebene Schmerzsymptomatik sei eingehend erläutert worden. Aus den Einwänden der D.\_\_\_\_ ergebe sich kein Hinweis, dass das Zumutbarkeitsprofil vom November 2019 aufrecht erhalten werden sollte, da bei der Überprüfung anlässlich der EFL eine andere Bewertung habe vorgenommen werden können und somit ergebe sich kein Hinweis auf eine Änderung der ärztlichen Beurteilung vom September 2020. 6.18 In dem von der IV-Stelle des Kantons Bern veranlassten polydisziplinären Gutachten der E.\_\_\_\_ (Fachrichtungen: Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie) vom 15. März 2021 (Suva-Nr. 509) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Hypothyreose, medikamentös substituiert (ICD-10 E03.9) • Aktuell euthyreote Stoffwechsellaage - Nikotin, kum. ca. 10 py (ICD-10 Z72.0) - Bienen- und Wespengiftallergie (ICD-10 T63.4) - Rezidivierend depressive Störung -remittiert (F 33.4 nach ICD-10) - Chronische und neuropathische Schmerzen an Fuss und Unterschenkel links (ICD-10: G90.5) • St. p. Distorsionstrauma Fuss links (nach Treppensturz am 18. Februar 2017) mit Tendinitis der Sehne des M. peroneus brevis • St. p. CRPS, aktuell kein CRPS mehr • erneuter Sturz am 19. Mai 2018 mit Exazerbation der neuropathischen Schmerzen Zur Beurteilung führten die Gutachter aus, die Explorandin sei subjektiv durch die Beschwerden seitens des linken Beines beeinträchtigt, in der Untersuchung könne jedoch kein objektivierbares Korrelat, das mit einer Arbeitsunfähigkeit mithergehen würde, festgehalten werden. Somit ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit erschienen die

echtzeitlich vorgenommenen Beurteilungen auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen als nicht nachvollziehbar, da aktuell keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Dies gelte sowohl für die bisherige Tätigkeit als auch für eine Verweistätigkeit und seit anfangs 2018 als die Budapest-Kriterien für ein CRPS nicht mehr erfüllt gewesen seien. 7. Vorweg ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin, wie von der Beschwerdeführerin gerügt, den Fallabschluss per

### **E. 30**

September 2020 verfrüht vorgenommen hat. 7.1 7.1.1 Eine versicherte Person hat Anspruch auf die Kostenübernahme für zweckmässige Heilbehandlungen aufgrund der Unfallfolgen im Sinne von Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20). Wenn sie in Folge eines Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (vgl. Art. 6 UVG) ist, hat sie zudem einen Anspruch auf Taggeldleistungen (Art. 16 Abs. 1 UVG). Diese Ansprüche bestehen solange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und / oder allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 113 f.; SVR 2017 UV Nr. 42 S. 145, 8C\_776/2016 E. 5.1.1). Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten, wird jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung erst später gefällt, so wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an vorübergehend eine Rente ausgerichtet; diese wird aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Erwerbsunfähigkeit festgesetzt (Art. 30 Abs. 1 UVV). Der Anspruch erlischt: a. beim Beginn des Anspruchs auf ein Taggeld der IV; b. mit dem negativen Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung; c. mit der Festsetzung der definitiven Rente. 7.1.2 Ob eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann, bestimmt sich in erster Linie nach der Verbesserung bzw. der Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die durch eine weitere Behandlung zu erwartende Verbesserung muss dabei ins Gewicht fallen. Eine unbedeutende Verbesserung genügt nicht (BGE 134 V 109, 115 E. 4.3). Ist eine versicherte Person nach einem Unfall wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, wird der Fall in der Regel selbst dann abzuschliessen sein, wenn die Fortsetzung einer medizinischen Behandlung die Befindlichkeit noch weiter verbessern könnte (Urteile 8C\_970/2012 vom 31. Juli 2013 E. 3.4 und 8C\_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1). Die Möglichkeit einer namhaften Besserung bestimmt sich dabei prognostisch und nicht aufgrund einer retrospektiven Beurteilung (Urteile 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2015 E. 4.1 mit Hinweisen und 8C\_432/2009 vom 2. November 2009 E. 3.2). 7.2 Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, gemäss der Stellungnahme der Ergotherapeutin anlässlich des Gesprächs vom 24. September 2020 bestünden noch immer diverse Therapien im Versuch, da es schon einmal gelungen sei, die Arbeitsfähigkeit wieder zu steigern. Entsprechend könne auch noch nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin sind den anlässlich des Gesprächs vom 24. September 2020 (Suva-Nr. 460) gemachten Aussagen der Ergotherapeutin, F.\_\_\_\_, jedoch keine Hinweise auf Therapien zu entnehmen, von welchen überwiegend wahrscheinlich eine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden könnte.

Auch aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich keine diesbezüglichen Hinweise. So hielt Dr. med. L.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_, im Bericht vom 14. Februar 2020 (Suva-Nr. 371) fest, er sehe aus schmerztherapeutischer Sicht aktuell keine weiteren zielführenden Möglichkeiten. Zusammenfassend ist es demnach auch im Lichte der vorliegenden medizinischen Akten – einschliesslich der Aussagen der Ergotherapeutin – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 30. September 2020 vorgenommen hat. 8. 8.1 Des Weiteren, ist wie erwähnt, zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre weitergehende Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 18. Februar 2017 mit Einspracheentscheid vom 18. März 2022 verneint und ihre Leistungen per 30. September 2020 eingestellt hat. 8.1.1 Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen (zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1623). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2, 8C\_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1, 8C\_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteile 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.1, 8C\_177/2016 vom 22. Juni 2016 E. 4.3). Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteile 8C\_411/2017 vom 17. Juli 2018 E. 3.3.1, 8C\_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5, 8C\_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69). 8.1.2 Massgeblich bei der Diagnose des CRPS ist die klinische Untersuchung, wobei die sogenannten Budapest-Kriterien gültig sind, in welchen zwischen Zeichen und Symptomen differenziert wird. Symptome werden vom Patienten anamnestisch geschildert, Zeichen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Arzt manifest. Für die Diagnose eines CRPS muss mindestens ein Symptom aus mindestens drei der vier Kategorien anamnestisch vorliegen oder vorgelegen sein, des Weiteren muss mindestens ein klinisches Zeichen aus mindestens zwei der vier Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen (vgl. KRÖNER-HERWIG / FRETTLÖH / KLINGER / NILGES [Hrsg.], Schmerzpsychotherapie, Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung, 8. Aufl. 2017, S. 570, GÖBEL / SABATOWSKI [Hrsg.], Weiterbildung Schmerzmedizin,

CME-Beiträge aus: Der Schmerz 2013 - 2014, S. 68, KOMMISSION LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE [Hrsg.], Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS], publiziert bei: AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, S. 12). Die massgeblichen Kriterien gliedern sich wie folgt: 1. Anhaltender Schmerz, inadäquat zum vorangegangenen Trauma 2. Anamnestisch erhobene Symptomatik (Patient benennt mindestens 1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien): - Sensibilität: Hyperästhesie - Motorik/Trophik: Einschränkung des Bewegungsumfanges und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel) - Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens - Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe 3. Medizinische Befunde (Nachweis von mindestens einem klinischen Zeichen in mehr als 2 Kategorien): - Sensibilität: Hyperalgesie bei Nadelreizen und/oder Allodynie bei leichter Berührung - Motorik/Trophik: eingeschränkter Bewegungsumfang und/oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie), und/oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel) - Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens - Vasomotorik: Temperaturveränderung und/oder Asymmetrie der Hautfarbe 4. Es darf keine andere Erkrankung vorliegen, welche die Symptome und klinischen Zeichen hinreichend erklären würde.

8.2 8.2.1 In der Schadenmeldung UVG vom 2. Mai 2017 (Suva-Nr. 3) wurden erstmals persistierende Beschwerden und die Diagnose eines CRPS erwähnt, jedoch nicht die für ein CRPS typischen Symptome. Diese wurden zum ersten Mal – zumindest teilweise – im Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin vom 28. Mai 2017 (Suva-Nr. 16) genannt und die Diagnose eines CRPS gestellt. Gemäss dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_ fand die Erstbehandlung bei ihm am 28. März 2017 statt. Bezüglich dieser Konsultation liegen jedoch keine echtzeitlichen Berichte vor. Zudem macht Dr. med. H. \_\_\_ auch nicht geltend, bei der Beschwerdeführerin seien bereits anlässlich der Erstkonsultation vom 28. März 2017 die typischen Symptome eines CRPS vorgelegen. Er gibt vielmehr lediglich an, die Beschwerdeführerin klagt seit dem Unfallereignis vom 18. Februar 2017 über persistierende Schmerzen im Bereich des linken Fusses. Damit kann nicht anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden, die betroffene Person habe innerhalb der vorgenannten Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (s. E. II. 8.1.1 hiervor) zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten. Somit ist das Vorliegen des von den behandelnden Ärzten teilweise diagnostizierten CRPS als Folge des Unfallereignisses vom 18. Februar 2017 und damit die Unfallkausalität eines möglichen CRPS bereits aus den genannten Gründen grundsätzlich zu verneinen. Des Weiteren ist mit der schlüssigen Beurteilung aus dem Bericht betreffend die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) der C. \_\_\_ vom 31. August 2020 (Suva-Nr. 451) festzuhalten, dass die Diagnose CRPS unter Berücksichtigung der vorgenannten Budapester-Kriterien in den vorliegenden Arztberichten gar nie korrekt gestellt wurde. So nannte Dr. med. B. \_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Mai 2017 anlässlich seiner erstmaligen Diagnosestellung eines CRPS als einschlägige Befunde neben den geklagten Schmerzen lediglich eine leicht livide Hautverfärbung und eine leichte Überwärmung im Vergleich zur Gegenseite sowie eine Berührungsempfindlichkeit. Diese Befunde reichen aber gemäss dem vorstehend aufgeführten Kriterienkatalog (s. E. II. 8.1.2 hiervor) nicht aus, um das Vorliegen eines CRPS zu bejahen. Ebenso wenig geht aus den übrigen aktenkundigen Berichten der behandelnden Ärzte, welche die Diagnose eines CRPS gestellt haben, eine Befunderhebung hervor, welche gemäss den

Budapester-Kriterien die Diagnose eines CRPS begründen würde. So werden gemäss Aktenlage folgende Kriterien aus dem genannten Kriterienkatalog beschrieben: Anhaltender Schmerz, inadäquat zum vorangegangenen Trauma, eine Hyperästhesie und Allodynie bei leichter Berührung, eine Temperaturveränderung und Asymmetrie der Hautfarbe sowie der Umstand, dass keine andere Erkrankung vorliegt, welche die Symptome und klinischen Zeichen hinreichend erklären würde. Damit fehlt es aber sowohl bei der anamnestisch erhobenen Symptomatik an einem Symptom aus einem weiteren Kriterium als auch bei den medizinischen Befunden an einem weiteren Befund in mehr als zwei Kategorien (vgl. E. II. 8.1.2 hiervor). Demzufolge ist die Diagnose eines CRPS nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Sodann vermag auch die Argumentation im EFL-Bericht der C.\_\_\_\_ vom 31. August 2020 zu überzeugen, wonach die von der Beschwerdeführerin beklagte ausgeprägte Schmerzproblematik im Bereich des linken Beines mit beklagter Allodynie nicht mit chronischen neuropathischen Schmerzen erklärt werden könne, da dies eine Schädigung somatosensorischer Nervenstrukturen im peripheren oder zentralen Nervensystem als Ursache voraussetze. Zudem ging auch Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Suva Versicherungsmedizin, in seiner Stellungnahme vom 2. September 2019 (Suva-Nr. 297) davon aus, die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes sei nicht begründet. Bei der kreisärztlichen Untersuchung am 2. April 2019 sei die Beschwerdeführerin bei Berührung des linken Unterschenkels zwar extrem überempfindlich, im Sinne einer Allodynie, gewesen. Es hätten jedoch darüberhinausgehende sensible Symptome gefehlt, so dass auch angesichts des Fehlens einer unfallbedingten Nervenschädigung die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes nicht zu stellen sei. Daran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass in verschiedenen vorliegenden Arztberichten – so u.a. auch im neurologischen Teilgutachten der E.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 509, S. 61) – eine Neuropathie bzw. neuropathische Schmerzen diagnostiziert wurden. In diesem Zusammenhang ist auf den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge – als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquananzprüfung – zu verweisen, welchen die Rechtsprechung wie folgt umschreibt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquananzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteil 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251 mit Hinweisen; Urteil 8C\_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 3.2.2). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Die Diagnose einer Neuropathie wurde im vorliegenden Fall jedoch von keinem Arzt mit apparativen oder bildgebenden Abklärungen nachgewiesen. Es handelt sich hierbei somit um eine nicht organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge, weshalb deren Kausalität zusätzlich im Rahmen einer allfälligen Adäquananzprüfung zu beurteilen sein wird (s. E. II. 8.

hiernach). Das Gleiche gilt sodann auch hinsichtlich der Ausführungen im Sprechstundenbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, FA interventionelle Schmerztherapie SSIPM, N.\_\_\_\_, vom 6. Juli 2018 (Suva-Nr. 173), wonach die persistierenden neuropathischen Schmerzen auch in der Allodynografie der behandelnden Ergotherapeutin dokumentiert worden seien. So basiert eine Allodynografie allein auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (Schmerzangabe anhand der visuellen Analog-Skala [VAS] beim Auflegen von Gewichten auf dem zu kartographierenden allodynischen Hautareal [vgl. CLAUDE J. SPICHER et al., Hypersensibilität der Haut, in: Deutscher Verband der Ergotherapeuten {Hrsg.}, Ergotherapie und Rehabilitation, Heft 4/2010, S. 17 f.]) und vermag deshalb für sich alleine den Nachweis von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen ebenfalls nicht zu erbringen. Dies wird zudem durch das von der Beschwerdegegnerin beigezogene und von der IV-Stelle des Kantons Bern veranlasste polydisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 15. März 2021 untermauert, in welchem keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden. Was die Beschwerdeführerin gegen den Beweiswert dieses Gutachtens vorbringt, vermag aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht weder zu einem anderen Resultat noch zur Notwendigkeit von weiteren medizinischen Abklärungen zu führen. Hinsichtlich der im neurologischen Teilgutachten ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten neuropathischen Schmerzen kann auf die vorstehenden Ausführungen verwiesen werden, wonach diese keine objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen darstellen. Des Weiteren ist kein Widerspruch darin zu erblicken, wenn der neurologische Gutachter einerseits eine Aggravation und Simulation ausschliesst, andererseits aber eine Verdeutlichungstendenz bei der Schmerzangabe der Beschwerdeführerin feststellte. So stellt eine Verdeutlichungstendenz noch keine Aggravation dar. Diese Begriffe dürfen denn auch nicht gleichgesetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Sodann ist es aufgrund der aus neurologischer Sicht blanden klinischen Befunderhebung (vgl. Suva-Nr. 509, S. 71 f.) nicht zu beanstanden, dass der neurologische Gutachter auf weiterführende Testungen verzichtete, zumal es auch in den übrigen medizinischen Akten keine Hinweise auf somatisch objektivierbare neurologische Beschwerden gibt. Des Weiteren ist darin kein Widerspruch zu sehen, dass der rheumatologische Gutachter – im Gegensatz zum neurologischen Gutachter, welcher die Schmerzen als neuropathisch bezeichnete – aufgrund dessen, dass die Beschwerden aus rheumatologischer Sicht nicht objektivierbar waren, von einer psychischen Schmerzverarbeitungsstörung ausging, auch wenn eine solche im psychiatrischen Gutachten schliesslich nicht diagnostiziert wurde. Dass der rheumatologische Gutachter in der Folge gleichwohl als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit chronische Fusschmerzen links mit Ausbreitung auf das ganze linke Bein (ICD-10 M79.60) stellte und ein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil statuierte (s. Suva-Nr. 509, S. 123), mag zwar in beweisrechtlicher Hinsicht inkonsequent erscheinen, ändert aber nichts an dem für den vorliegenden Fall relevanten Resultat, wonach keine somatisch objektivierbaren Unfallfolgen vorliegen. Im Übrigen muss auf die von der Beschwerdeführerin gegen das psychiatrische Teilgutachten vorgebrachten Rügen nicht weiter eingegangen werden, da die adäquate Kausalität zu verneinen ist, wie in E. II. 9. hiernach darzulegen sein wird. 8.2.2 An diesem Resultat vermögen schliesslich auch die übrigen Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. In ihren Rechtsschriften macht sie unter anderem geltend, die Berichte des Kreisarztes, Dr. med. G.\_\_\_\_, seien widersprüchlich. Der Beschwerdeführerin ist zwar insofern Recht zu geben, dass die unterschiedlichen Beurteilungen im Bericht vom 12.

November 2019 einerseits, in welchem Dr. med. G.\_\_\_\_ die Allodynie als unfallkausal anerkannte, und im Bericht vom 4. November 2020 andererseits, in welchem er die Unfallkausalität verneinte, für sich alleine betrachtet tatsächlich widersprüchlich erscheinen und der Begründungswandel von Dr. med. G.\_\_\_\_ auch nur teilweise nachvollziehbar ist. Diesbezüglich ist zudem hervorzuheben, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinen Berichten bis und mit zum 4. November 2019 die Diagnose eines CRPS und neuropathischer Beschwerden offensichtlich als gegeben übernommen hat, ohne hierbei eingehender zu prüfen, ob diese Diagnosen anhand der entsprechenden Kriterien überhaupt korrekt gestellt wurden, bzw. ob es sich hierbei um organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen handelt. Dementsprechend kann diesen kreisärztlichen Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_ denn auch kaum Beweiswert zugemessen werden. Dies führt aber nicht dazu, dass weitere medizinische Abklärungen in Form eines Gutachtens veranlasst werden müssten. So ist gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten – wie vorgehend festgehalten – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Februar 2017 keine somatisch objektivierbaren Unfallfolgen vorliegen. Es ist nicht davon auszugehen, dass weitere Beweissmassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis etwas zu ändern vermögen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Was sodann die Kritik der Beschwerdeführerin gegen den EFL-Bericht der C.\_\_\_\_ vom 31. August 2020 anbelangt, wonach es sich hierbei nicht um ein unabhängiges Gutachtensinstitut handle und die EFL zur Evaluation der vorliegenden Problematik untauglich sei, so braucht darauf nicht vertieft eingegangen zu werden. So wurde in diesem Bericht in der Hauptsache bestätigt, was aufgrund der Akten – wie vorstehend ausgeführt – bereits ohne EFL-Abklärung erstellt war: Die Diagnose eines CRPS sowie jegliche andere somatisch objektivierbare Folge des Unfallereignisses vom 18. Februar 2017 sind aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Die weitergehende Kritik der Beschwerdeführerin und der Ergotherapeutin am EFL-Bericht vermag daran nichts zu ändern. Im Lichte dessen ist auch die Kritik an der kreisärztlichen Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 4. November 2020 nicht weiterführend, zumal nicht nachvollziehbar erscheint, inwiefern die Beschwerdegegnerin mit der Einholung dieses Berichts das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin oder sonstiges Bundesrecht verletzt haben sollte. 9. Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann – wie im vorliegenden Fall – weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Bei der Adäquanztprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133

E. 6a S. 139). Bei schweren Unfällen wird die Adäquanz bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als leichte Unfälle sind der Rechtsprechung unter anderem folgende Fallbeispiele zu entnehmen: (Die fünf erstgenannten Beispiele stammen aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1.) · Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde · Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab. · Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach. · Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen. Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist mithin den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies umso mehr, als der Versicherte danach in der Lage war, den mehrstündigen Rücktransport im Bus auf sich zu nehmen und erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte. · Die Versicherte, welche von einer Person, die von einer anderen beim Turnen über die Schulter geworfen wurde, mit den beschuhten Füßen einen Schlag von rechts an den Hals, Nacken und Kopf bekam. Danach fiel sie zu Boden und erbrach. · Der Unfall der Versicherten vom 24. Februar 2004 (Sturz beim Aussteigen aus dem Auto) ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) als leicht zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 21. Januar 2010). · Eine versicherte Person stolperte im Dunkeln auf einer Strasse, stürzte und schlug mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden auf (Urteil des Bundesgerichts U 367/01 vom 21. März 2003 E. 4.2). Angesichts der genannten Beispiele kann das Unfallereignis vom 18. Februar 2017 – beim Servieren auf der Treppe gestolpert, auf den Plattenboden gefallen und mit dem linken Fuss eingeknickt – nicht anders denn als leicht beurteilt werden. Demnach ist im vorliegenden Fall die adäquate Kausalität der nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden ohne Weiteres zu verneinen, womit auch kein Raum für eine allfällige Rentenzusprache oder eine Integritätsentschädigung besteht. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin liegt vorliegend auch nicht ein Ausnahmefall gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_824/2008 vom 30. Januar 2009 E. 4.2) vor, in welchem bei einem als leicht zu qualifizierenden Unfall der adäquate Kausalzusammenhang auch dann zu prüfen ist, wenn er unmittelbare Unfallfolgen zeitigt, die sich nicht offensichtlich als unfallunabhängig erweisen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, erhebliche Arbeitsunfähigkeit). So lagen bei der Beschwerdeführerin keine der genannten Kriterien vor, zumal auch der verzögerte Heilungsverlauf nicht durch somatisch objektivierbare Verletzungen zu begründen ist. 10. 10.1 Zusammenfassend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Februar 2017 verneinte und ihre Leistungen per 30. September 2020 einstellte. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 10.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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