

SO_GERICHTE VSBES.2023.253 vom 18. Juni 2024

SO Obergericht, 2024-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.253

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.253 du 18 juin 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.253 del 18 giugno 2024

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 2004 geborene A.____ war ab August 2020 als Lernende bei der B.____ GmbH angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (Suva-Nr. 1).

1.2 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 11. Mai 2021 verletzte sich A.____ am 1. Mai 2021 am rechten Fuss, als sie im Turnunterricht beim Fussball spielen über den Fussball gestolpert war (Suva-Nr. 1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.3 Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht legte die Suva die eingeholten medizinischen Akten dem Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie FMH, vor. In seiner Einschätzung vom 23. März 2022 kam Dr. med. C.____ zum Schluss, das Unfallereignis vom 1. Mai 2021 habe zu einer Zerrung / Partialläsion des Ligamentum fibulotalare anterius und allenfalls auch Distorsion des Lisfranc-Gelenks geführt. Die Traumafolgen seien aber inzwischen nachweislich abgeheilt. Das Ausmass der noch beklagten Beschwerden sei nicht allein mit den Folgen des Unfalls erklärbar. Es sei vom Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsproblematik auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % und der unfallbedingte Integritätsschaden erreiche kein entschädigungspflichtiges Ausmass (Suva-Nr. 127). Im kreisärztlichen Bericht vom 14. November 2022 führte der Kreisarzt ergänzend aus, der unfallbedingte Gesundheitszustand könne ab Oktober 2022 mit Bestätigung einer vollen Arbeitsfähigkeit als stabil beurteilt werden. Es könne eine Physiotherapie während maximal drei Serien weitergeführt werden (Suva-Nr. 149).

1.4 Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung stellte die Suva mit Verfügung vom 30. November 2022 die Versicherungsleistungen ■ mit Ausnahme des Aufkommens für maximal drei Serien Physiotherapie ■ per 12. Dezember 2022 ein (Suva-Nr. 162). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 27. September 2023 ab (Akten-Seite [A.S.] 1).

2. Dagegen erhebt A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin Sandra Nussbaumer, am 23. Oktober 2023 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) und beantragt, der Einspracheentscheid vom 27. September 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen UV-Leistungen über den Einstellungszeitpunkt (12. Dezember 2022) hinaus auszurichten. Unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (A.S. 10).

3. Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2023 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 20).

4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) 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). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, 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).

2.2 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.

2.3 Im Weiteren setzt die Leistungspflicht des Unfallversicherers 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. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den

Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.2 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 12. Dezember 2022 eingestellt hat, weil von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der unfallkausalen Beschwerden erwartet werden konnte. Hierbei stellt sich zum einen die Frage, ob die dem vorinstanzlichen Entscheid zu Grunde gelegte kreisärztliche Beurteilung beweiskräftig ist und zum anderen, ob die anhaltenden Beschwerden unfallkausal sind.

5. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich Zeitpunktes des Fallabschlusses und Unfallkausalität sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten relevant:

5.1 Gemäss der Schadenmeldung UVG vom 11. Mai 2021 verletzte sich die Versicherte am 1. Mai 2021, als sie im Turnunterricht beim Fussballspielen über den Ball gestolpert war (Suva-Nr. 1).

5.2 Der Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. Mai 2021 einen Status nach Misstritt des rechten oberen Sprunggelenks

(OSG) am 3. Mai 2021. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine Fraktur. Die Beschwerden persistierten trotz konservativer Behandlung und Schonung. Der Verlauf sei unbefriedigend. Die an sich eher überdurchschnittlich schmerzintolerante Versicherte klagte nach wie vor über Beschwerden, auch unter reduzierter Arbeitsbelastung. Es folge eine Überweisung an die E.____ (Suva-Nr. 5).

5.3 Im Rahmen der dortigen Behandlung äusserte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den Verdacht auf eine Ruptur des anterolateralen Bandapparates. In der MRI-Bildgebung zeige sich ein deutliches Knochenmarködem im Bereich des Taluskopfes sowie posterolateral eine zusätzliche Teilruptur des Ligamentum fibulotalare anterius. Es sei eine konsequente Ruhigstellung im Unterschenkelgips mit Zehenplatte für sechs Wochen notwendig sowie eine Stockentlastung mit einer Teilbelastung von 15 kg. Die Versicherte sei aktuell 100 % arbeitsunfähig (Suva-Nr. 14 und 15).

5.4 Im Bericht vom 30. August 2021 diagnostizierte Dr. med. F.____ eine OSG-Distorsion rechts vom 3.5.2021 mit Ruptur des LFTA mit ausgeprägtem Bone bruise des Talus und im Bereich der Lisfranc-Gelenkslinie mit (-) V.a. beginnendes CRPS. Klinisch und MR-tomographisch zeige sich ein deutlich protrahierter Verlauf mit deutlichem Bone bruise im Talus sowie in der Lisfranc-Gelenkslinie. Klinisch gebe es wenige Anzeichen für ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrom), dies sei jedoch nicht ausgeschlossen. Es werde eine CRPS-Therapie durchgeführt (Suva-Nr. 27 und 29).

5.5 Die MRI-Untersuchung vom 3. Februar 2022 zeigte ein deutlich rückläufiges Knochenmarködem mit nur noch geringem Restbefund am ventrodorsalen Talus sowie ein Status nach ossärem Kapselausriss am talonavikularen Gelenk mit osteophytärer Ausziehung am Os naviculare und diskreter Kapselverdickung. Kein Anhalt für eine Capsulitis. Keine Stressfraktur (Suva-Nr. 54).

5.6 Im Rheumatologie-Bericht vom 18. Februar 2022 äusserte Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, den Verdacht auf ein abklingendes CRPS-Syndrom am rechten Fuss. Das Knochenmarködem sei deutlich rückläufig mit noch geringem Restbefund im Talus. Aktuell bestehe eine deutliche diffuse Dysästhesie am rechten Fuss, vor allem plantarseits kribbelnde, diffuse Schmerzsensationen und verminderte Belastbarkeit. Im Februar 2020 habe die Versicherte am linken Fuss eine OSG-Distorsion erlitten mit ähnlicher Episode und auch ausgeprägtem Knochenmarködem bei einem Status nach Klavikulafraktur links vor mehreren Jahren mit ähnlicher Episode und ausgeprägter Schmerzhaftigkeit. Zur Behandlung empfahl Dr. med. G.____ unter anderem eine antidepressive schmerzmodulierende Medikation (Suva-Nr. 48). Diese habe die Versicherte nicht aufgenommen (Suva-Nr. 60).

5.7 Anlässlich der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. März 2022 war Dr. med. C.____ der Auffassung, dass nicht klar sei, ob überhaupt noch somatische Unfallfolgen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Es empfehle sich eine fusschirurgische Beurteilung bei Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats (Suva-Nr. 51).

5.8 Im Verlaufsbericht vom 17. Mai 2022 stellte Dr. med. G.____ einen weiterhin vorhandenen Dauerschmerz fest mit wiederholten, teilweise invalidisierenden Schmerzexazerbationen ohne klinisches Korrelat (Suva-Nr. 72).

5.9 Am 7. Juli 2022 stellte Dr. med. H.____, E.____, folgende Diagnosen: (1.) Chronifizierende Schmerzen Rückfuss rechts bei, (-) Status nach möglichem CRPS Rückfuss rechts, (-) Eigen- und fremdanamnestisch Phase einer Rötung, Überwärmung, Hypertrichose und Hyperhidrose Sommer 2021 bei (-) Status nach Rückfussdistorsionstrauma rechts mit Läsion lateraler Bandapparat am 03.05.2021, (2.) Status nach OSG-Distorsionstrauma links am 22.10.2018, (-) Prolongierter Heilungsverlauf, (3.) Anamnestisch Status nach Claviculafraktur links im Alter von 9 Jahren. Es persistiere ein chronischer, belastungsabhängiger Schmerz, der sich heute keiner klaren pathomorphologischen Struktur zuordnen lasse. Zusammenfassend handle es sich momentan sicher um eine gewisse Schmerzchronifikation, die nach einem grösseren Supinationstrauma mit ossärem Ödem und möglichem CRPS entstanden sei. Eine chirurgische Therapie sei nicht möglich. Am zielführendsten sei eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung (Suva-Nr. 85).

5.10 Im Abklärungsbericht der behandelnden Psychotherapeutin M. Sc. I.____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin und Mitglied FSP, und Dr. med. J.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. September 2022 wurden folgende Diagnosen gestellt: (-) V.a. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), (-) Arbeitslosigkeit, nicht näher bezeichnet (ICD-10: Z56.0), (-) Andere belastende Lebensumstände, die die Familie oder die Haushaltsführung in Mitleidenschaft ziehen (ICD-10: Z63.7) und (-) Essstörung, nicht näher bezeichnet (Essattacken; ICD-10:50.9). In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass nach einem Sportunfall und Bänderriss anhaltende Schmerzen bestünden, die eindeutig körperlichen Ursprungs seien. Es könne vermutet werden, dass psychische Faktoren den Schweregrad, die Exazerbation und die Aufrechterhaltung beeinflussten. Es bestehe ein starker Leidensdruck und negative Auswirkungen auf den Beruf bzw. die Lehre und auf soziale Bereiche. Ferner bestünden belastende vergangene und aktuelle Ereignisse wie Mobbing in der Schulzeit, familiäre Probleme und Sorgen (Beschwerdebeilage 6).

5.11 Gemäss Bericht des K.____ vom 14. Oktober 2022 wurde die Versicherte in den Fachdisziplinen Neurologie, Psychologie und Schmerzphysiotherapie untersucht. In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, die Ursache der Hauptschmerzen im Bereich der rechten unteren Extremität sei neurologisch nicht zuordenbar. Am ehesten handle es sich um einen chronischen Schmerz mit / bei stattgehabtem Distorsionstrauma, DD bei sekundärer Fehl- / Überbelastung. Die durchgeführte Diagnostik habe keine wegweisenden pathologischen Befunde erbracht. Insbesondere lasse sich elektroneurographisch auch keine periphere Nervenläsion als Korrelat der Sensibilitätsstörung nachweisen. Aktuell sei kein CRPS diagnostizierbar. Aus schmerzpsychologischer Sicht sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) auszugehen. Bei den chronifizierten Beschwerden würden auch psychosoziale Belastungsfaktoren Einfluss auf den Schmerz zu haben scheinen. Die Versicherte berichte, seit dem Unfall im Zusammenhang mit den Schmerzen mit einigen psychosozialen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz und im Gesundheitswesen konfrontiert gewesen zu sein. Aktuell würden keine Analgetika eingenommen wegen der fehlenden Wirksamkeit, wobei die Nichtwirksamkeit auch nochmals die Schmerzchronifizierung unterstreiche. Falls im Verlauf eine medikamentöse Therapie gewünscht sei, kämen vor allem schmerzmodulierende Antidepressiva in Frage. Empfohlen würde zudem die Fortführung der Akupunktur-Therapie sowie die

Weiterführung der begonnenen Psychotherapie und Physiotherapie (Suva-Nr. 117).

5.12 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. Oktober 2022 kam Dr. med. C.____ zum Ergebnis, dass das Unfallereignis lediglich die initialen Beschwerden verursacht habe. Das Ausmass der noch beklagten Beschwerden sei nicht mit den Folgen des Unfalls erklärbar. Das Unfallereignis vom 1. Mai 2021 habe zwar zu einer Zerrung / Partialläsion des Ligamentum fibulotalare anterius und allenfalls auch Distorsion des Lisfranc-Gelenks geführt. Die Traumafolgen seien aber inzwischen nachweislich abgeheilt, es werde auf das MRI vom 3. Februar 2022 verwiesen sowie die Beurteilung des Fusspezialisten Dr. med. H.____ vom 7. Juli 2022. Es bestehe unfallbedingt eine volle Arbeitsfähigkeit. Es sei vom Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsproblematik auszugehen. Der unfallbedingte Integritätsschaden erreiche kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Eine stationäre Rehabilitation könne bei entsprechender Motivation allenfalls zu einer Verbesserung der chronischen Schmerzsituation beitragen. Es könne allenfalls der Umgang mit Schmerzen erlernt werden (Suva-Nr. 127).

5.13 Mit ergänzender Beurteilung vom 14. November 2022 führte Dr. med. C.____ weiter aus, dass der unfallbedingte Gesundheitszustand bereits ab Oktober mit Bestätigung einer vollen Arbeitsfähigkeit als stabil beurteilt werden könne. Hinsichtlich der Frage allfälliger Behandlungsmassnahmen verwies Dr. med. C.____ auf den Vorschlag der Ärzte des K.____, welche die Weiterführung der Physiotherapie vorgeschlagen hätten. Physiotherapie könne ab September 2022 während zwei bis drei Serien weitergeführt werden (Suva-Nr. 149).

6. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Versicherungsleistungen per 12. Dezember 2022 eingestellt. Dabei stützt sie sich im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. C.____ vom 23. März 2022 (Suva-Nr. 127) und 14. November 2022 (Suva-Nr. 149), in welchen die Unfallkausalität für die persistierenden Beschwerden verneint wird.

6.1 Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten, kann der sogenannte «Fallabschluss» vorgenommen werden: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG, Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 143, mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3).

6.2 Aus den kreisärztlichen Beurteilungen geht hervor, dass die unfallkausale Fussverletzung abgeheilt sei und die noch beklagten Beschwerden mit den Unfallfolgen nicht erklärbar seien. Der Kreisarzt Dr. med. C.____ geht davon aus, dass das Unfallereignis die initialen Beschwerden, namentlich eine Zerrung/Partialläsion des Ligamentum fibulotalare anterius und allenfalls auch eine Distorsion des Lisfranc-Gelenks verursacht habe. Inzwischen seien die Traumafolgen allerdings nachweislich abgeheilt gemäss MRI

vom 3. Februar 2022. Das Ausmass der aktuell beklagten Beschwerden am rechten Fuss sei mit den Unfallfolgen nicht erklärbar. Rein unfallbedingt bestehe ab Oktober 2022 eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Diese schlüssige kreisärztliche Beurteilung deckt sich in Bezug auf die Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden mit den Einschätzungen in der medizinischen Vorakte. Nach dem Unfallereignis vom 1. Mai 2021 stand die Versicherte zunächst in Behandlung beim Hausarzt und danach in der E.____. Die im E.____ durchgeführten MRI-Bildgebungen vom 9. Juni 2021 und 20. August 2021 zeigten ein Knochenmarködem im Bereich des Taluskopfes, eine Teilruptur des Ligamentum fibulotalare anterius und eine ossäre Stressreaktion im Bereich des Lisfranc-Gelenks. Zur Behandlung wurde zunächst eine sechswöchige Ruhigstellung im Unterschenkelgips und Stockentlastung verordnet. Im weiteren Verlauf wurden zudem Physiotherapie und eine Schuhanpassung veranlasst sowie eine CRPS-Therapie, da ein CRPS bei klinisch wenigen Anzeichen nicht ausgeschlossen werden konnte (Suva-Nrn. 14, 15, 27 und 29). Der Gesundheitszustand verbesserte sich und ab dem 4. Oktober 2021 war die Versicherte ■ zumindest vorübergehend ■ voll arbeitsfähig (Suva-Nr. 31). Im Februar 2022 begab sich die Versicherte in die rheumatologische Behandlung bei Dr. med. G.____. Dieser stellte unter Bezugnahme auf das MRI vom 3. Februar 2022 fest, dass das Knochenmarködem deutlich rückläufig mit noch geringem Restbefund im Talus sei. Es bestehe aktuell eine deutlich diffuse Dysästhesie am rechten Fuss (Suva-Nr. 48). Im Verlaufsbericht vom 17. Mai 2022 stellte Dr. med. G.____ sodann einen Dauerschmerz mit wiederholten, teilweise invalidisierenden Schmerzexazerbationen ohne klinisches Korrelat fest (Suva-Nr. 72). Am 7. Juli 2022 bestätigte auch Dr. med. H.____, dass ein chronischer, belastungsabhängiger Schmerz persistiere, der sich keiner klaren pathomorphologischen Struktur zuordnen lasse. Es handle sich um eine gewisse Schmerzchronifikation, die nach einem grösseren Supinationstrauma mit ossärem Ödem und möglichem CRPS entstanden sei. Eine chirurgische Therapie sei nicht möglich. Schliesslich stellten auch die Schmerzspezialisten des K.____ am 14. Oktober 2022 fest, dass es sich um einen chronischen Schmerz bei stattgehabtem Distorsionstrauma handle. Die durchgeführte Diagnostik habe keine wegweisenden pathologischen Befunde erbracht. Namentlich habe im Rahmen der durchgeführten Elektroneurographie keine periphere Nervenläsion als Korrelat der beklagten Sensibilitätsstörung festgestellt werden können. Aus schmerzpsychologischer Sicht sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F45.41) auszugehen (Suva-Nr. 117). Das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung wird auch seitens der behandelnden Psychotherapeutin und des behandelnden Psychiaters vermutet (Beschwerdebeilage 6). Basierend auf den vorstehend dargelegten fachärztlichen Beurteilungen überzeugt demnach die kreisärztliche Annahme, wonach das Unfallereignis die initialen Beschwerden verursacht hat, welche aber zwischenzeitlich abgeheilt sind. Die persistierenden Beschwerden am rechten Fuss werden nach einhelliger ärztlicher Auffassung als Schmerzchronifikation bzw. Schmerzstörung ohne pathologischen Befund beurteilt. Insofern überzeugt die kreisärztliche Einschätzung, wonach das Ausmass der aktuellen Beschwerden nicht mehr mit den Unfallfolgen erklärt werden kann und vom Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsproblematik auszugehen sei.

Zu verneinen ist die Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden auch mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung. Diese besagt, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden sind und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248

E. 5.1). Solche organisch objektiv ausgewiesenen Unfallrestfolgen liegen nicht mehr vor. Die beklagten Beschwerden der Versicherten konnten gemäss Aktenlage nicht mit bildgebenden Abklärungen bestätigt werden. Das MRI vom 3. Februar 2021 zeigte ein deutlich rückläufiges Knochenmarködem sowie ein nicht mehr vorliegender Kapselausriss am talonavikularen Gelenk (Suva-Nr. 54). Somit handelt es sich bei der Schmerzsymptomatik um eine organisch nicht objektiv ausgewiesene Unfallfolge im Sinne der Rechtsprechung. Demnach überzeugt die Schlussfolgerung des Kreisarztes, wonach bei erfolgter Abheilung der strukturellen Läsionen das Ausmass der bestehenden Beschwerden nicht mehr dem Unfallereignis kausal zugeordnet werden könne und rein unfallbedingt von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2022 auszugehen sei.

6.3 Angesichts der überzeugenden Annahme, dass die somatischen Unfallfolgen abgeheilt sind, bedarf es auch keiner Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mehr. Dementsprechend erachteten auch der Fussorthopäde Dr. med. H.____ und der Neurologe des K.____ keine weiteren ärztlichen Behandlungen als indiziert. Wie der Kreisarzt zutreffend festhält, wird in den medizinischen Vorberichten übereinstimmend eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung vorgeschlagen mit namentlich schmerzmodulierenden Antidepressiva, Psychotherapie, Physiotherapie und Akupunktur. Eine weiterführende Behandlung zielt folglich auf die somatisch nicht erklärbaren Schmerzen ab. Mit der Beschwerdegegnerin und gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Kreisarztes ist deshalb davon auszugehen, dass spätestens per 12. Dezember 2022 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fallabschluss ist damit zu Recht erfolgt.

7. Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor, so dass nachfolgend eine besondere Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmen ist. Zu prüfen sind die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen.

7.1 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen. Das Unfallereignis 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). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, hat eine umfassende Würdigung des Unfallereignisses und der objektiv erfassbaren Umstände zu erfolgen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

7.2 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 (BGE 115 V 133 E. 6a). Rechtsprechungsgemäss fällt ein Umknicken mit dem Fuss beim Fussballtraining in die Kategorie der leichten Unfälle, selbst wenn das Ereignis mehrere Operationen, die Einnahme von zahlreichen Medikamenten und Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte (Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2013 vom 6. Juni 2013 E. 3). Knickt eine versicherte Person beim Aussteigen aus dem Bus mit dem rechten Fuss ein und zieht sich dabei ein Supinationstrauma des oberen Sprunggelenkes zu, liegt nach Auffassung des

Bundesgerichts ebenfalls ein leichter Unfall vor (Urteil des Bundesgerichts 8C_876/2009 12. März 2010 E. 5). Gleich beurteilt wurde schliesslich auch ein Fall, in dem die versicherte Person mit dem linken Fuss umgeknickt ist und eine Distorsion am oberen Sprunggelenk erlitt (Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2009 vom 24. August 2009 E. 5).

7.3 In Anbetracht der vorgenannten Rechtsprechung ist das Unfallereignis vom 1. Mai 2021, bei welchem die Beschwerdeführerin beim Fussballspielen über den Ball gestolpert ist, eindeutig den leichten Unfällen zuzuordnen. Folglich kann die verbliebene, organisch nicht objektivierbare Schmerzsymptomatik nicht adäquat-kausal auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Die ausgeweiteten Schmerzen der Versicherten können somit bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden. Eine unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist daher zu verneinen.

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht per 12. Dezember 2022 eingestellt hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 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 diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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 Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Baltermia-Wenger

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