Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Oktober 2020 (725 20 145 / 244)

Unfallversicherung

Keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch punktuelle kreisärztliche Abklärungen im Einsprache- und Beschwerdeverfahren zur Beurteilung später beigebrachter Berichte behandelnder Ärzte.
Wurde eine prinzipiell bildgebend nachweisbare Verletzung in einer bildgebenden Untersuchung nicht nachgewiesen, so kann eine hiervon divergierende in Aktenbeurteilung ergangene Verdachtsdiagnose keine auch nur geringen Zweifel hieran wecken.

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber i.V. Stefan A. Buchwalder
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A.1 Die 1960 geborene A.____ war seit dem 1. November 1997 als Abteilungsleiterin Verkauf/Marketing bei der Stiftung B.____ in W.____ tätig. In dieser Eigenschaft war sie bei der

Schweizerischen Unfallversicherungsgesellschaft (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 11. Mai 2018 befand sie sich in X.____, auf dem Autobahn-Pannenstreifen, als ein Lastkraftwagen in ihren Anhänger prallte und A.____ zwischen Anhänger und Leitplanke eingeklemmt wurde. Dabei zog sie sich Kontusionen im Bereich des Abdomens und im Bereich des unteren linken Beines zu; schwere Verletzungen konnten jedoch am folgenden Tag in der Erstuntersuchung im Krankenhaus von Y.____, ausgeschlossen werden. Die Suva erbrachte für die Folgen dieses Unfallereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilbehandlungskosten).

A.2 Mit Schreiben vom 22. Januar 2019 teilte die Suva A.____ unter Hinweis auf die Erreichung des *status quo sine* spätestens am 31. Dezember 2018 sowie den hieraus ergebenden fehlenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang hinsichtlich der verbleibenden Beschwerden mit, dass sie ihre Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auf den 22. Januar 2019 hin einstellen würde. Hiergegen erhob A.____ am 14. Februar 2019 Einwand. Nach diversen Aktenbeurteilungen und einer kreisärztlichen Untersuchung erklärte die Suva A.____ mit Verfügung vom 11. Juni 2019 die Einstellung der Leistungen per selbigem 11. Juni 2019.

A.3 Dagegen erhob A.____, vertreten durch lic.iur. Alain Blum, Assista Rechtsschutz AG, mit Schreiben vom 11. Juli 2019 Einsprache gegen die Verfügung und beantragte die weitere Ausrichtung von Versicherungsleistungen in Form von Heilungs- und Therapiekosten sowie eventualiter die Einholung eines versicherungsexternen fachmedizinischen Gutachtens. Sie begründete dies damit, dass die noch bestehenden Leiden als Folge des Unfalls anzusehen seien, weshalb ihr die gesetzlichen Leistungen auch weiterhin auszurichten seien. An der kreisärztlichen Beurteilung ihres Zustandes würden durch die beigebrachten Berichte der behandelnden Ärzte Zweifel geweckt, weshalb der Suva der Beweis für den Wegfall des ursächlichen Kausalzusammenhangs nicht gelungen sei. Mit Entscheid vom 18. März 2020 wies die Suva die Einsprache unter erneutem Hinweis auf den fehlenden Kausalzusammenhang sowie auf die Stellungnahmen von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt Suva Basel, ab.

B. Gegen den Einspracheentscheid der Suva erhob A.____, vertreten durch lic.iur. Jan Hermann, Advokat, am 14. April 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte die über das Einstellungsdatum hinausgehende Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung. Eventualiter sei durch das Kantonsgericht ein orthopädisch-manualtherapeutisches Gerichtsgutachten anzuordnen und neu über den Leistungsanspruch zu urteilen. Darüber hinaus sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die vorprozessual eingeholte medizinische Expertise mit Kosten im Umfang von Fr. 562.06 zu erstatten; dies unter o/e Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 19. Mai 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin, unter Hinweis auf die ausführliche Stellungnahme von PD Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische

Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Fachgruppe Chirurgie Suva, die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 12. Juni 2020 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Z.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Materiell streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 11. Juni 2019 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Das Sozialversicherungsgericht stellt dabei auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt ab; vorliegend also auf den 18. März 2020 (BGE 143 V 411 E. 2.1, 134 V 397 E. 6, 116 V 248 E. 1a). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 144 V 213 E. 4.3.1, 130 V 140 E. 2.1, BGE 117 V 293 E. 4). Sie sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 18. September 2015, 9C_341/2015, E. 3.3, vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1 und vom 12. Juni 2007, 9C_101/2007, E. 3.1).

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt dabei voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem einge-

tretenen Schaden (Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2020, 8C_627/2019, E. 3.2).

3.2 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Es genügt, wenn das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall also nicht weggedacht werden kann, ohne dass die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 142 V 438 E. 1, 129 V 181 E. 3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2018, 8C_813/2017, E. 3.2, in SVR 2018 UV Nr. 42 S. 151). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ist eine Tatfrage und muss daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (BGE 119 V 338 E. 1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2020, 8C_623/2019, E. 2.1.2). Hierfür reicht es jedoch nicht aus, wenn – im Sinne der Formel "post hoc ergo propter hoc" – die Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht angesehen würde, weil sie *nach* diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 E. 2b/bb; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 3, vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 und vom 9. November 2009, 8C_626/2009, E. 3.2, in: SVR 2010 UV Nr. 10 S. 41).

3.3 Als adäquate Ursache eines Erfolgs gilt ein Ereignis dann, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 125 V 461 E. 5a; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2020, 8C_623/2019, E. 2.2). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 250 E. 4, 134 V 111 E. 2, 127 V 103 E. 5b/bb; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2020, 8C_518/2019, E. 3, in: SVR 2020 UV Nr. 27 S. 111). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. 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 251 E. 5.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 17. März 2020, 8C_106/2020, E. 3, vom 10. März 2020, 8C_627/2019, E. 3.2, vom 21. Januar 2020, 8C_623/2019, E. 2.2, und vom 9. Mai 2019, 8C_53/2019, E. 2.2, in: SVR 2019 UV Nr. 40 S. 150).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzter nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesund-

heitszustand, 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 eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Selbiges gilt dann, wenn durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest wird. Die versicherte Person hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante deshalb Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung und allenfalls Taggelder (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. Juni 2020, 8C_956/2011, E. 4.2, vom 29. Januar 2020, 8C_614/2019, E. 5.2, in: SVR 2020 UV Nr. 24 S. 97 und vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.1.1, in: SVR 2016 Nr. 18 S. 57). Die Beweislast für den – ebenfalls dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterliegenden – Wegfall der Kausalität liegt beim Unfallversicherer (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 3, vom 19. März 2019, 8C_834/2018, E. 3 und vom 28. August 2018, 8C_421/2018, E. 3.2, in: SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2020, 8C_840/2019, E. 3.2, vom 10. Januar 2020, 8C_548/2019, E. 3.2, und vom 5. Dezember 2018, 8C_276/2018, E. 2.3, je mit Hinweisen).

3.5 Die vorübergehenden Leistungen, wie Taggelder und Heilbehandlung, hat der Unfallversicherer nach Art. 19 Abs. 1 UVG nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, mithin also der medizinisch-therapeutische Endzustand noch nicht erreicht ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2017, 8C_786/2016, E. 2.2). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere – jedoch nicht ausschliesslich (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2020, 8C_615/2019, E. 5.3 und vom 10. Juli 2014, 8C_354/2014, E. 3.2) – nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei muss die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen (BGE 134 V 115 E. 4.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 3. März 2010, 8C_537/2009, E. 6, in: SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122). In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2020, 8C_614/2019, E. 5.2, in: SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 und vom 20. Dezember 2019, 8C_377/2019, E. 3.2, je mit Hinweisen).

4.1 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden

können (BGE 132 V 99 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, 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, weshalb 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; vgl. auch ALFRED BÜHLER, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 13. Mai 2020, 8C_224/2020, E. 4.3 und vom 17. März 2020, 8C_106/2020, E. 4.1). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Ein von einer Partei eingeholtes Gutachten hat in beweisrechtlicher Hinsicht nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht ein-

geholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in den rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen der entgegenstehenden Berichte derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 354 E. 3c; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2018, 8C_725/2017, E. 3.4).

5. Der strittigen Angelegenheit liegen diverse ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Berichte und Stellungnahmen wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

5.1 In seinem Bericht vom 12. Mai 2018 erklärte MD E.____, Krankenhaus von Y.____, dass die Patientin nach ihrem Unfall vom 12. Mai 2018 [recte: 11. Mai 2018] untersucht und wegen leichter Verletzungen im chirurgischen Notfall behandelt wurde. Der Unfall habe dabei lediglich Kontusionen des Abdomens und des unteren linken Beines verursacht. Schwere Verletzungen konnten durch eine sonographische sowie eine computertomographische (CT) Untersuchung ausgeschlossen werden.

5.2 Mit Zeugnis vom 23. Juli 2018 sowie ärztlichem Zwischenbericht vom 17. August 2018 diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Innere Medizin, eine grosse prätibiale Wunde links, ausgeprägte Hämatome am linken Fuss und am Unterschenkel links, persistierende Verhärtungen der Hämatome in der Wadenmuskulatur und Unterschenkelödeme, eine Schwellung des oberen Sprunggelenks links mit leichter Instabilität sowie eine Thoraxkontusion rechts. Sie berichtete von keinen unfallfremden Krankheiten, Gebrechen oder Folgen früherer Unfälle. Prognostisch stellte sie fest, dass sich die Hämatome nur langsam resorbieren würden und noch deutliche, dolente Verhärtung palpabel seien. Sie empfehle der Patientin deshalb eine Therapie durch Schonen und Hochlagern; hinzu komme Physiotherapie und Lymphdrainage.

5.3 Am 12. Dezember 2018 stellte Dr. med. G.____, Facharzt für Nuklearmedizin, Spital H.____, mittels röntgendiagnostischer Untersuchung des oberen Sprunggelenks anterior-posterior, des Fusses links dorso-plantar und lateral sowie mit Saltzman-Aufnahmen fest, dass die Patientin eine normale Stellung der Malleolengabel und regelrechte Gelenkspaltweiten aufweise. Es sei kein Erguss sichtbar, der Talus werde intakt dargestellt und das untere Sprunggelenk sei frei einsehbar. Ein kleiner plantarer Fersensporn sowie ein deutlicher Hallux valgus beider Grosszehengrundgelenke von 335 Grad seien erkennbar; zudem bestände eine geringgradige Arthrose im Grosszehengrundgelenk. Die Metatarsalia 1-5 sei intakt, ebenso die naviculocuneiformen Gelenke. Das talonaviculare Gelenk sei glatt und scharf begrenzt. In der Saltzmann-Aufnahme habe sich zudem ein Varus von 3 Grad gezeigt.

5.4 Mit Sprechstundenbericht vom 14. Dezember 2018 diagnostizierte Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital H.____, bei der Patientin hinsichtlich des Fusses links den Verdacht auf eine traumatische Ruptur der Tibialis posterior-Sehne bei Insuffizienz Grad III, konsekutivem Pes planovalgus – links mehr als rechts – nach schwerem Distorsionstrauma des oberen Sprunggelenks. Auch eine Chondropathie im oberen Sprunggelenk oder Vernarbungen nach schwerem Distorsionstraumata kämen

als Ursache der Bewegungseinschränkung in Frage. Anamnestisch seien persistierende und im Verlauf progrediente Sprunggelenksschmerzen, Beschwerden entlang des medialen Fussrandes sowie ein vermehrtes Einknicken und Absenken erhoben worden. In seiner Erhebung des klinischen Befundes verzeichnete Dr. I.____ ein intaktes Integument am Fuss links, eine Varikosis, keine Hämatome sowie lediglich diskrete Knöchelödeme beidseits. Er machte einen links akzentuierten Pes planovalgus sowie eine leichte Druckdolenz in Projektion auf die distale Tibialis posterior-Sehne aus; letztere sei abgeschwächt gegen Widerstand aktivierbar. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks sei eingeschränkt im Seitenvergleich 0-0-20 Grad. Der Silfverskjöld-Test sei negativ ausgefallen; der Einbeinzehenspitzstand (Single-Heel-Rise-Test) sei hingegen pathologisch.

5.5 Am 9. Januar 2019 teilte Dr. F.____ als Diagnosen einen Status nach grosser prätibialer Wunde links, einen Status nach ausgeprägten Hämatomen am linken Fuss und Oberschenkel bei persistierenden Verhärtungen im Bereich der Hämatome, Wadenmuskulatur und Unterschenkel, einen Status nach Thoraxkontusion, sowie die Distorsion des oberen Sprunggelenks mit möglicher Ruptur der Tibilialis posertior-Sehne, Chondropathie im oberen Sprunggelenk oder Vernarbungen mit. Das obere Sprunggelenk links sei weiterhin geschwollen und schmerze ventral sowie dorsal und sei in der Extension stark eingeschränkt. Es fände sich eine Druckdolenz über dem ventralen Gelenkspalt, wobei das Abrollen erschwert sei. Die Behandlung sei weiterhin als Physiotherapie mit Ultraschall und Lymphdrainage ausgestaltet.

5.6 Anlässlich seiner magnetresonanztomographischen (MRT) Untersuchung vom 15. Januar 2019 stellte Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, Spital H.____, fest, dass typische geringe Kaliberschwankungen und Signalinhomogenität der insertionsnahen Tibialis posterior-Sehne mit möglichen mukoiden/degenerativen Umbauten, jedoch ohne Ruptur, vorliegen würden. Es gäbe keinen Anhalt für frische ossäre Läsionen und die Syndesmosebänder sowie das Ligamentum fibulotalare anterius seien intakt. Er habe ein intaktes, nur minimal heterogenes Pfannenband/“spring ligament“ und keine relevanten Knorpeldefekte oder Ergüsse im oberen Sprunggelenk aufgefunden. Es bestehe jedoch eine geringe Lisfranc-Gelenks-Arthrose, fortgeschrittene Arthrose zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale mit deutlichem angrenzendem Knochenödem sowie eine heilende respektive geheilte Teilläsion in der tiefen Deltaband-Schicht. Eine Demaskierung einer okkulten Fraktur sei nicht aufgefallen.

5.7 Mit versicherungsmedizinischer Stellungnahme vom 21. Januar 2019 stellte Dr. C.____, in Beurteilung der vorliegenden Akten fest, dass die Gesundheit der Patientin am linken Fussgelenk und Unterschenkel mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall vom 11. Mai 2018 durch die Lisfranc-Arthrose und die Degeneration der Tibialis posterior-Sehne beeinträchtigt gewesen sei. Einzig die Hämatome am Unterschenkel und am Fuss links seien durch den Unfall verursacht worden, wobei diese seit Dezember 2018 abgeheilt seien. Der Vorgang habe zudem nicht zu zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsionen geführt.

5.8 Am 23. Januar 2019 verzeichnete Dr. med. K.____, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital H.____, als Diagnosen hinsichtlich des obe-

ren Sprunggelenks links eine Syndesmosen-Instabilität und persistierende Schmerzen bei Insuffizienz Grad III der Tibialis posterior-Sehne, Pes planovalgus beidseits links mehr als rechts, sowie Status nach schwerem Distorsionstrauma des oberen Sprunggelenks ohne Ruhigstellung. Hinzu komme der Verdacht einer Insuffizienz des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum bifurcatum. In der klinischen Befunderhebung hätten sich eine leichtgradige Schwellung im oberen Sprunggelenk im Seitenvergleich, eine Druckdolenz über dem anterolateralen Gutter und der distalen Syndesmose sowie ein positiver Squeeze-Test über dem Lisfranc-Gelenk gezeigt. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks in Dorsalextension/Plantarflexion liege bei 0-0-20 Grad, wobei der Einbeinzehenspitzstand nicht möglich und der Rotationstest schmerzhaft gewesen seien. Eine am 21. Januar 2019 durchgeführte röntgendiagnostische Untersuchung des Knies anterior-posterior und lateral mit Patella-Queraufnahme links hätten eine milde, medial deutliche Verschmälerung ohne Zeichen einer höhergradigen Arthrose zu Tage gefördert. Es lägen keine frischen Frakturen und kein grösserer suprapatellarer Gelenkerguss bei unauffälligem retropatellaren Gleitlager beidseits vor. Sie empfehle der Patientin deshalb die Durchführung einer Arthroskopie des oberen Sprunggelenks mit Bandrekonstruktion medial beziehungsweise lateral sowie eine Syndesmosenrekonstruktion gegebenenfalls mit TightRope.

5.9 Mit versicherungsmedizinischer Stellungnahme vom 18. Februar 2019 begründete Dr. C.____ seine Beurteilung vom 21. Januar 2019 in ausführlicher Form. Die Gesundheit der Patientin am linken Fussgelenk und Unterschenkel sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall vom 11. Mai 2018 beeinträchtigt gewesen. In den MRT-Befunden und -Bildern vom 15. Januar 2019 seien eine geringe Lisfranc-Gelenkarthrose und eine Arthrose zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme erkennbar. Diese Veränderungen seien eindeutig unfallfremd und hätten bereits vor dem Ereignis vom 11. Mai 2018 bestanden. Zusätzlich bestehe der Nachweis einer unfallfremd vorbestehenden mukoid degenerativ veränderten Tibialis posterior-Sehne ohne Hinweise für eine linksseitige Ruptur. Durch den Unfall vom 11. Mai 2018 habe die Patientin eine Quetschung im Bereich der unteren Extremitäten mit einer prätibialen Wunde links und Hämatombildung am linken Fuss und Unterschenkel sowie im Bereich der Wadenmuskulatur links erlitten. Hinzu komme eine Thoraxkontusion rechts. Diese Gesundheitsschäden würden vorübergehende Verschlimmerungen darstellen, welche jedoch nicht richtunggebend seien. Im Bericht vom 9. Januar 2019 habe Dr. F.____ bestätigt, dass die prätibiale Wunde bereits verheilt sei, von den grösseren Hämatomen jedoch noch sichtbare Schwellungen und tastbare Verhärtungen der medialen Tibia und der Wadenmuskulatur links sowie am rechten medialen Oberschenkel vorhanden seien; auch sei das obere Sprunggelenk links noch geschwollen. Zwar sei davon auszugehen, dass die beschriebenen Hämatome noch nicht vollständig abgeheilt seien, jedoch sei in der Tendenz mit einer zunehmenden Heilung und positiver Entwicklung bis Ende März 2019 zu rechnen. Hinsichtlich der Frage, ob der Unfall zu zusätzlichen, objektivierbaren strukturellen Läsionen geführt habe, führte Dr. C.____ aus, dass keine derartigen Läsionen aus der Röntgendiagnostik vom 5. Juni 2018 und aus der MRT-Untersuchung vom 11. Januar 2019 hervorgehen würden. Eine Ruptur beziehungsweise Kontinuitätsunterbrechung respektive eine traumatische Verletzung der Tibialis posterior-Sehne werde eindeutig in der vorgenannten MRT-Untersuchung von Dr. J.____ ausgeschlossen. Auch seien eine intakte Syndesmose sowie ein intaktes Ligamentum fibulotalare anterius bestätigt worden. Die im Bericht von Dr. K.____ angesprochene Insuffizienz der Syndesmose im Bereich des oberen Sprunggelenkes links sowie die

Instabilität des oberen Sprunggelenkes bezüglich Innen- und Aussenband liessen sich anhand der anlässlich der MRT-Untersuchung von Dr. J.____ erhobenen Befunde zudem nicht nachvollziehen.

5.10 Am 9. Mai 2019 teilte Dr. F.____ mit, dass bei der Patientin weiterhin persistierende Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk vorliegen würden. Sie sehe bei der Patientin diagnostisch bei Status nach Distorsion des oberen Sprunggelenks links eine Syndesmoseninstabilität und persistierende Schmerzen mit Tibialis posterior-Sehneninsuffizienz Grad III und Pes planovalgus beidseits, links mehr als rechts. Derzeit werde die Patientin weiterhin konservativ durch Physiotherapie, Ultraschall und Lymphdrainage behandelt, eine Operation sei jedoch eventuell vorgesehen.

5.11 Mit Bericht vom 6. Juni 2019 rapportierte Dr. C.____ seine kreisärztliche Untersuchung der Patientin vom gleichen Tag. Anamnestisch gab diese an, zeitweise noch Beschwerden im Sitzen beziehungsweise Liegen mit Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk zu haben. Das Treppensteigen sei aufgrund des linken Beines noch schwierig und im Liegen käme es noch zu ziehenden und ausstrahlenden Beschwerden vom linken Unterschenkel in den linken Oberschenkel. In der klinischen Befunderhebung zeige sich bei der Patientin ein flüssiges Gangbild mit regelrechter Abrollfunktion im Bereich beider Füsse, wobei der Zehenspitzstand und der Fersenstand beidseits gelingen würden. Während dieses Vorganges stütze sich die Patientin mit einer Hand an der Wand ab. Inspektorisch seien unfallfremd Senk-/ Spreizfüsse und Hallux valgus-Fehlstellungen beidseits auffällig. Es seien keine Hinweise auf eine Schwellungsproblematik oder Ergussbildung im Bereich des linken oberen beziehungsweise unteren Sprunggelenkes oder des linken Unterschenkels auszumachen. Unfallfremd seien Varizenbildungen und Varikosis im Bereich beides Unterschenkel feststellbar. Hingegen gäbe es keinen Anhalt für eine Kapselbandinstabilität im Bereich des linken oberen und unteren Sprunggelenks; auch die Achillessehne sei intakt und der Thompson-Test sei beidseits negativ ausgefallen. Schliesslich lägen auch kein Talusvorschub linksseitig oder Druckschmerzen im Bereich der proximalen Fibula beidseits vor. Die leicht indurierte Narbe am ventralen Unterschenkel links sei reizlos abgeheilt ohne Anhalt für Infekt. Als Diagnosen stellte Dr. C.____ deshalb bei der Patientin einen Status nach Quetschung im Bereich des oberen Sprunggelenks links mit Hämatombildung linker Fuss und linker Unterschenkel sowie mit grosser prätibialer Wunde links und einer Thoraxkontusion rechts fest. In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung legte er dar, dass im Rahmen der zu früherem Zeitpunkt erhobenen MRT- und röntgendiagnostischen Befunde keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 11. Mai 2018 im Bereich des linken oberen und unteren Sprunggelenks, des linken Fusses und des linken Unterschenkels feststellbar seien. Die durch Fotodokumentation vom 13. Mai 2018 festgehaltenen unfallbedingten Hämatome seien anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vollständig abgeklungen gewesen. Auch die Quetschungsproblematik linker Unterschenkel und linkes oberes Sprunggelenk sowie linker Fuss seien vollständig abgeheilt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würden deshalb Unfallfolgen seit dem Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung in den Bereichen des linken Unterschenkels, des linken oberen und unteren Sprunggelenkes, des linken Fusses sowie des Thorax keine Rolle mehr spielen.

5.12 Anlässlich seiner radiologischen Untersuchung vom 20. Juni 2019 beobachtete Dr. med. L.____, FMH Radiologie, bei der Patientin eine regelrechte Darstellung der distalen Tibia, der distalen Fibula und des unteren Sprunggelenks. Es habe sich ein plantarer Fersensporn bei erhaltenem Fussgewölbe, normaler Artikulation der Fusswurzelknochen untereinander sowie erhaltenen Lisfranc'schen Gelenkreihen gezeigt. Zudem sei keine Gefügestörung, jedoch ein Hallux valgus mit einem Winkel von 30 Grad zu verzeichnen. Der Intermetatarsale-Winkel Dig. I/II betrage 14 Grad. Es lägen zudem eine lateralisierte Ossa sesamoldea und eine geringfügige Weichteilschwellung über dem Köpfchen Os metatarsale Dig. I vor.

5.13 Am 8. Juli 2019 stellte Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnose von Restbeschwerden im oberen Sprunggelenk links, differentialdiagnostisch einer Arthrofibrose sowie einer Läsion des distalen Tibiofibulargelenks nach Quetschtrauma des Unterschenkels links. Anamnestisch seien die Beschwerden dabei am oberen Sprunggelenk links anterolateral Richtung anteriore Syndesmose, aber auch diffus im oberen Sprunggelenk anteriore Gelenkslinie links zu lokalisieren. Im klinischen Befund habe sich eine normale Rückfussachse ohne Fussdeformität mit Ausnahme eines Hallux valgus ergeben. Fersen- und Zehenspitzengang seien – mit Varisierung der Ferse in letzterem – zögerlich und mit etwas Beschwerden durchführbar. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks in Flexion/Extension sei aktiv 15-10 Grad und passiv 30-20 Grad; die Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks hingegen sei passiv frei und aktiv verzögert. Die Koordination der extrinsischen Fussmuskeln sei nicht vorhanden, wobei die extrinsischen Fussmuskelfunktionen aktiv, jedoch abgeschwächt und zögerlich seien. Druckdolenz würden sich an der anterioren Gelenkslinie des oberen Sprunggelenks mit punctum maximum anterior auf Höhe Syndesmose sowie etwas auch retromalleolar ergeben. Keine Druckdolenz läge hingegen beim medialen/lateralen Malleolus, beim Ligamentum deltoideum, beim Ligamentum fibulocalcaneare, beim Ligamentum fibulotalare anterius sowie im Mittel- und Vorfussbereich vor. Der Tibia fibula-Kompressionstest, der Aussenrorationstest, der Cotton-Test und der Talar Tilt-Test seien allesamt negativ ausgefallen. Hieraus folgerte Dr. M.____ in seiner Beurteilung, dass die Beschwerden der Patientin durchaus mit dem distalen Tibiofibulargelenk einhergehen können würden, wobei es sich auch um eine Arthrofibrose und noch funktionelle Restbeschwerden durch die Entlastung nach Quetschtrauma und ungenügender Mobilisation des oberen und unteren Sprunggelenks initial handeln könne. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des lateralen Os cuneiforme zum Os cuboideum ständen jedoch nicht im Vordergrund; vielmehr seien die Hauptbeschwerden weiterhin proximal auf Höhe des oberen Sprunggelenks und der anterioren Syndesmose zu sehen. Er empfehle deshalb einen weiteren Belastungsaufbau mit physiotherapeutischen Kräftigungs- und Stabilisierungsübungen, da die Unfallfolgen und Beschwerden noch nicht abgeschlossen und die Funktionen noch nicht vollständig wiedererlangt seien. Sollten sich die Beschwerden auch weiterhin nicht bessern, empfehle er zudem eine Infiltration des oberen Sprunggelenks und allenfalls eine Arthroskopie desselbigen. Zum jetzigen Zeitpunkt gäbe es jedoch keine Indikation für eine Rekonstruktion der Syndesmose oder eine laterale Bandrekonstruktion.

5.14 Mit Bericht vom 26. September 2019 rapportierte Dr. med. N.____, FMH Radiologie, dass sich in der weichteilsonographischen Untersuchung der unteren Extremität eine von ventral unauffällige Darstellung der tibiotalaren Artikulation gezeigt habe. Die Extensor digitorum-Sehne

mit habe ein homogenes hyperechogenes Sygnal aufgewiesen. Im Bereich des Retinaculum extensorum zeige sich eine Retinakulum-Verdickung mit lokal minimal Flüssigkeit im Bereich der Sehnenscheide. Lateral seien die Poronaeus longus et brevis-Sehne und -Sehnenscheide unaufällig. Das Ligamentum fibulotalare anterius et posterius sei intakt und dorsal sei kein abgrenzbares Ganglion auszumachen. In der MRT-Untersuchung seien ein normales Knochenmarksignal, ein kleiner plantarer Fersensporn und subchondrale Geröllzysten mit Gelenkspaltverschmälerung cuboidocuneiform lateral zu beobachten gewesen; hinzu käme ausgehend vom anterioren unteren Sprunggelenk ein plantares Ganglion. Sowohl das Ligamentum tibiofibulare anterius et posterius als auch das Ligamentum fibulotalare anterius et posterius, das Ligamentum fibulokalkaneare, das Ligamentum interosseus, das Ligamentum talokalkaneare, der mediale Bandapparat und die Plantarfaszie seien intakt. Die Peronaeus longus et brevis-Sehne sei bei intaktem Retinakulum ebenso unauffällig wie die Flexorensehnen. Auffällig seien einzig die akzessorische Retinakulum-Schlinge sowie das lokale leichte Weichteilödem der Extensor digitorum longus-Sehne sowie das subkutane diffuse leichte Unterschenkelödem supramalleolär. Insgesamt sah Dr. N.____ in ihrer Beurteilung eine intakte Syndesmose sowie einen intakten medialen und lateralen Bandapparat, keine signifikaten degenerativen Veränderungen des oberen und unteren Sprunggelenks, mässiggradige cuboidocuneiforme laterale Arthrose mit subchondralen Geröllzysten, ein akzessorisches dorsales Extensorenretinakulum um die Extensor digitorum longus-Sehne mit leichter Verdickung und lokal diskretem Weichteilödem sowie das vom anterioren unteren Sprunggelenk plantaris ausgehenden Ganglion.

5.15 In seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 16. Oktober 2019 erklärte Dr. C.____, dass zwischen seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 6. Juni 2019 und der im Bericht vom 8. Juli 2019 festgehaltenen Untersuchung durch Dr. M.____ Unterschiede in der Erhebung der Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks vorlägen. Dies aufgrund der Tatsache, dass Dr. C.____ selber keine Beweglichkeitseinschränkung der oberen Sprunggelenke beidseits festgestellt habe, während Dr. M.____ eine aktive Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks mit Flexion/Extension von 15-0-10 Grad und eine passive Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks von 30-0-20 Grad beschreibe. Während Dr. M.____ aus seiner Untersuchung den Verdacht auf eine Arthrofibrose ableite, könne dies aufgrund der kreisärztlichen Untersuchungsergebnisse nicht nachvollzogen werden. Unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Berichte verbleibe deshalb die Beurteilung anlässich der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. Juni 2020 unverändert bestehen.

5.16 Mit Bericht vom 25. Februar 2020 präzisierte Dr. M.____, dass das in der MRT-Untersuchung vom 15. Januar 2019 dargestellte Knochenmarksödem in der Synchondrose zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale mit Zystenbildungen im Sinne einer Gelenksläsion normalerweise nicht von einer degenerativen Veränderung herrühren könne. Die Synchondrose weise praktisch keine Bewegungen ausser Wackelbewegungen zwischen dem os cuboideum und dem Os cuneiforme laterale auf. Bei einem Quetschtrauma des Rück- und Mittelfusses würde dieses Gelenk jedoch einen starken Schlag abbekommen, weshalb diese Läsion sehr wahrscheinlich kausal mit dem Unfall in Zusammenhang zu bringen sei. In der klinischen Untersuchung habe sich die Lokalisation insofern bestätigt, als beim Stressen des III. gegenüber dem

IV. Strahl die bekannten Beschwerden im dorsolateralen Mittelfuss ausgelöst hätten werden können. Eine definitive Bestätigung des Schmerzursprungs könne allenfalls mit einer durchleuchtungskontrollierten Injektion des Gelenks zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale bestätigt werden.

5.17 Am 16. März 2020 bestätigte Dr. C.____ in seinem Bericht, dass aus der MRT-Untersuchung vom 15. Januar 2019 ein Knochenmarksödem zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale hervorgehe. Dieses sei jedoch bis zur MRT-Untersuchung vom 26. September 2019 vollständig abgeklungen. Hingegen seien mässiggradige arthrotische Veränderungen zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale mit subchondralen Geröllzysten auszumachen gewesen. Bis zum Bericht vom 25. Februar 2020 würden sich keine anamnestischen Klagen über Beschwerden im Bereich Os cuboideum und Os cuneiforme laterale, sondern vielmehr lediglich im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes finden. So sei insbesondere im vorgehenden Bericht von Dr. M.____ vom 20. Juni 2019 dokumentiert worden, dass keine Druckdolenzen im Bereich des Mittel- und Vorfusses bestehen würden. Es sei deshalb überwiegend wahrscheinlich, dass es im Bereich des Vor- und Mittelfusses durch das Ereignis vom 11. Mai 2018 zu keinen strukturell objektivierbaren Läsionen gekommen sei.

5.18 In ihrer (akten-)gutachterlichen Stellungnahme vom 9. April 2020 erklärt Dr. med. Dr. h.c. O.____, geprüfte Gutachterin der BDC Akademie, Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie der Klinik P.____, dass die durch das Ereignis vom 11. Mai 2018 entstandenen Ödeme und Hämatome die Versorgungswege zwischen Blutgefässen und Gewebe erheblich verlängern würden, weshalb der Stoffausaustausch und damit auch die Heilung sich verzögern würden. Bei eiweissreichen Ödemen komme es durch eine Mesenchymreaktion zu einer Fibrosierung mit möglicher überschiessenden Narbenbildung, wodurch es nach Abheilung der Grunderkrankung zu bleibenden Funktionseinschränkungen kommen könne. Denkbar sei jedoch beim vorliegenden Unfallmechanismus auch eine Verletzung von Syndesmose und Deltaband, welche nicht direkt nach dem Trauma nachgewiesen wurden und acht Monate nach dem Ereignis wohl auch nicht mehr nachgewiesen werden könne. Weiter denkbar sei eine hohe Knöchelverstauchung in Kombination mit einer schweren Knöchelverstauchung. Jedenfalls seien die von Dr. M.____ geschilderten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine verzögerte Hämatomauflösung und damit verbundene Residuen in Form von Verklebungen der Faszien und des Bindegewebes zurückzuführen. Dass ausschliesslich unfallfremde Faktoren zum verbleibenden Beschwerdebild geführt hätten, erscheine höchst unwahrscheinlich. Durch eine Arthroskopie wäre eine Diagnose intraartikulärer Unfallfolgen möglich, wobei durchaus auch die Möglichkeit bestehe, dass die bereits chronifizierten Beschwerden keiner operativen Therapie mehr zugänglich wären. Diesfalls wäre eine Weiterführung der bisherigen konservativen Therapie angezeigt.

5.19 Mit Bericht vom 15. Mai 2020 stellte PD Dr. D.____ zu Handen der Suva fest, dass die von Dr. I.____ am 14. Dezember 2018 gestellte Verdachtsdiagnose einer traumatischen Ruptur der Tibialis posterior-Sehne, die von Dr. K.____ am 21. Januar 2019 dokumentierte Syndesmoseninstabilität und die von Dr. M.____ am 20. Juni 2019 erkannte Differentialdiagnose einer Arthrofibrose sowie einer Läsion des distalen Tibiofibulargelenks zwar aufgrund der anamnestischen Angaben der Patientin nachvollziehbar seien, jedoch anhand der bildgebenden Diagnostik

ihren Ausschluss fänden. Dabei verwies er insbesondere darauf, dass anlässlich der MRT-Untersuchung durch Dr. J.____ vom 15. Januar 2019 die “Tibialis posterior-Sehne ohne erkennbare Diskontinuität“ und “intakte Syndesmosebänder“ zur Darstellung gelangt seien. Hinsichtlich des gemäss Dr. M.____ beeinträchtigten distalen Tibiofibulargelenks habe dieser ein negatives Ergebnis des Tibiafibula-Kompressionstests postuliert, was eine Schmerzentstehung durch dieses Gelenk unwahrscheinlich erscheinen lasse. Auch die hernach von Dr. N.____ durchgeführte MRT-Untersuchung vom 26. September 2019 habe, bis auf geringe degenerative Veränderungen, einen Normalbefund und insbesondere eine intakte Syndesmose sowie einen intakten innen- und aussenseitigen Bandapparat zu Tage gefördert. Die Tibilialis posterior Sehneninsuffizienz Grad III bei Pes planovalgus sei vielmehr überwiegend wahrscheinlich als unfallfremd im Rahmen der vorbestehend pathologischen Fussstatik zu werten. Des Weiteren legte PD Dr. D.____ dar, dass es nicht nachvollziehbar sei, weshalb Dr. M.____ in seinem Bericht vom 25. Februar 2020 einen Zusammenhang der von der Patientin geklagten Beschwerden mit dem am 15. Januar 2019 von Dr. J.____ festgestellten – und hernach abgeheilten – Knochenmarksödem in der Synchondrose zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale erkenne. So habe Dr. M.____ noch am 8. Juli 2019 die Lokalisation der Schmerzen am oberen Sprunggelenk links anterolateral Richtung anteriore Syndesmose verzeichnet, was in anatomischer Ferne zum Os cuboideum und zum Os cuneiforme laterale sei. Auch habe dieser im gleichen Bericht dargelegt, dass die degenerativen Veränderungen im Bereich des Os cuboideum und des Os cuneiforme laterale nicht im Vordergrund stehen würden; dies aber stehe im diametralen Widerspruch zur Feststellung vom 25. Februar 2020. Schliesslich stellte PD Dr. D.____ fest, dass es nicht überzeugend sei, dass Dr. O.____ ohne persönliche Untersuchung der Patientin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine organische Unfallfolge diagnostizieren könne, während dies den involvierten Spezialisten trotz persönlicher Untersuchungen und weiteren diagnostischen Vorkehrungen entgangen sein solle. Insbesondere lägen auch bildgebend keine Befunde vor, die einer überschiessenden Narbenbildung – wie von Dr. O.____ vorgebracht – entsprechen würden. Ohnehin stelle Dr. O.____ lediglich theoretische Möglichkeiten in den Raum, ohne dass sich hieraus überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen überzeugend ableiten lassen würden. Die Diagnose einer verletzten Syndesmose überzeuge nicht, da zwar am 23. Januar 2019 durch Dr. K.____ eine Druckdolenz über dem anterolateralen Gutter und der distalen Syndesmose und ein schmerzhafter Rotationstest beschrieben worden seien, die Bildgebung von MD E.____ vom 12. Mai 2018 und von Dr. J.____ vom 15. Januar 2019 jedoch bis auf unregelmässige tiefe Deltaband-Anteile den Ausschluss erlittener Verletzungen erbracht habe. Auch habe Dr. M.____ am 8. Juli 2019 eine symmetrisch unauffällige Stabilität dokumentiert, da der Talusvorschub etwa seitengleich zur Gegenseite sei und ein negativer Talar Tilt-Test vorliege. Diesbezüglich seien die weiteren von Dr. M.____ erhobenen Befunde unspezifisch und nicht geeignet, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die von Dr. O.____ postulierte Residuenbildung bei verzögerter Hämatomauflösung in Form von Verklebungen von Faszien und des Bindegewebes. PD Dr. D.____ erklärte deshalb, dass durch den Unfall vom 11. Mai 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Verletzungen eingetreten seien, welche die über den 11. Juni 2019 hinaus beklagten Beschwerden erklären könnten.

6.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragt die Beschwerdeführerin in sinngemässer Ausführung vorab, es seien die im Rahmen der Einsprache- und Beschwerdeverfahren eingeholten orthopädischen Beurteilungen von Dr. C.____ und PD Dr. D.____ aus dem Recht zu weisen, weil die Beschwerdegegnerin damit in unzulässiger Weise den Untersuchungsgrundsatz sowie das Prinzip der Waffengleichheit der Parteien missachtet habe.

6.2 Die Abklärung des Sachverhaltes ist gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen vorzunehmen. Danach hat der Versicherungsträger von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen, indem er die vorgebrachten Begehren prüft, die notwendigen Abklärungen vornimmt und die erforderlichen Auskünfte einholt (Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 136 V 377 E. 4.1.1; vgl. auch THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, § 70 Rz. 2 f.). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. April 2020, 8C_641/2019, E. 3.3.1 und vom 28. Februar 2019, 8C_701/2018, E. 4.1). Die Verwaltung darf die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen nicht in das Einspracheverfahren verschieben (BGE 132 V 374 E. 5; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2019, 8C_755/2018, E. 4.2.1). Im Einspracheverfahren soll der Versicherungsträger jedoch als ungenügend erkannte Abklärungen, Fehlbeurteilungen oder Missverständnisse kostenlos und weitgehend formfrei ausräumen können, ohne dass ein Gericht angerufen werden muss (BGE 132 V 375 E. 6.1, 131 V 412 E. 2.1.2.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2009, 8C_528/2009, E. 4.1). Der Versicherungsträger kann zudem Verfügungen oder Einspracheentscheide, gegen welche Einsprache oder Beschwerde erhoben wurde, so lange in Wiedererwägung ziehen, bis er im Beschwerdeverfahren gegenüber der Beschwerdeinstanz Stellung nimmt (Art. 53 Abs. 3 ATSG; THOMAS FLÜCKIGER, in: Steiger-Sackmann/Mosimann [Hrsg.], Recht der sozialen Sicherheit, Basel 2014, Rz. 4.297). Diesbezüglich kann der Versicherungsträger deshalb sogar im sozialversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren – im Sinne des durch die Wiedererwägungsmöglichkeit relativierten Devolutiveffekts (vgl. ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Auflage, Zürich/St. Gallen 2016, Rz. 1168) – noch punktuelle Abklärungen wie das Einholen von Arztzeugnissen oder Rückfragen bei Ärzten vornehmen (BGE 136 V 6 E. 2.7, 127 V 233 E. 2b/bb; THOMAS FLÜCKIGER, Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basel 2020, Art. 53, Rz. 101).

6.3 Zu den punktuellen Abklärungen, welche selbst im Beschwerdeverfahren noch zulässig sind, gehört insbesondere die Einholung neuerlicher versicherungsinterner ärztlicher Aktenbeurteilungen hinsichtlich erstmals im Beschwerdeverfahren beigebrachter Berichte behandelnder Ärzte (BGE 136 V 6 E. 2.7, vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 2. März 2017, 8C_81/2017, E. 6.3 und vom 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5.5). Dies gilt umso mehr im vorgelagerten Einspracheverfahren, welches wie erwähnt der Ausmerzung von Mängeln des Vorverfahrens dient. Die verschiedenen Berichte von Dr. C.____ und PD Dr. D.____ sind denn auch offensichtlich mit dieser Rechtsprechung vereinbar. Im Vorverfahren hatte Dr. C.____ den Gesundheitszustand der Patientin mit zwei Stellungnahmen vom 21. Januar 2019 und vom 18. Februar 2019

sowie mit Untersuchungsbericht vom 6. Juni 2019 ausführlich rapportiert. Die Suva durfte in der Folge – dem Grundsatz entsprechend, wonach die Verwaltung eine Tatsache nur als bewiesen annehmen darf, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt ist (BGE 144 V 429 E. 3.2) – sich zu Recht auf diese Beurteilungen verlassen und hierauf gestützt die Verfügung vom 11. Juni 2019 erlassen. In der Folge wurden die Dienste von Dr. C.____ und PD Dr. D.____ lediglich zur Beurteilung neu beigebrachter Berichte behandelnder Ärzte in Anspruch genommen: Auf die im Einspracheverfahren von der Patientin eingereichten Berichte der Dres. L.____ und M.____ vom 20. Juni 2019 respektive vom 8. Juli 2019 hin erging die Beurteilung von Dr. C.____ vom 16. Oktober 2019. Auch die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 16. März 2020 diente einzig der Beurteilung des von der Patientin in selbigem Einspracheverfahren eingereichten zweiten Berichts von Dr. M.____ vom 25. Februar 2020. Der ausführliche Bericht von PD Dr. D.____ erging schliesslich als Antwort auf die im Beschwerdeverfahren eingereichte gutachterliche Stellungnahme von Dr. O.____. Diese Berichterstattung der beiden Versicherungsmediziner – welche notabene nicht der Mitwirkung der versicherten Person bedurfte (siehe hierzu BGE 136 V 6 E. 2.7, 127 V 232 E. 2b/aa) – stellt denn auch keine zuvor zu Unrecht unterlassenen Abklärung, sondern vielmehr einen zulässigen und fachmedizinisch gebotenen Beizug zur Einordnung und Einschätzung der beigebrachten neuen Unterlagen dar. Eine Verfahrensverzögerung oder ein anderer prozessualer Nachteil sind der Beschwerdeführerin hierdurch nicht entstanden. Aus diesen Gründen geht die Rüge der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdegegnerin die entscheidrelevanten Abklärungen erst im Einsprache- respektive Beschwerdeverfahren getätigt habe, fehl. Die Stellungnahmen und Berichte von Dr. C.____ und PD Dr. D.____ sind somit nicht aus dem Recht zu weisen.

7.1 Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 11. Mai 2018 einen Unfall auf dem Autobahn-Pannenstreifen erlitt, als ein Lastkraftwagen in ihren Anhänger prallte und sie zwischen ihrem Anhänger und der Leitplanke einklemmte. Streitig ist hingegen, ob die über den 11. Juni 2019 noch bestehenden Beschwerden durch diesen Unfall verursacht wurden und deshalb als Unfallfolgen weiterhin einen Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung begründen. Die Beschwerdegegnerin stützt sich zur Beurteilung der Unfallkausalität in ihrem Einspracheentscheid im Wesentlichen auf die Stellungnahmen und Untersuchung ihres Kreisarztes Dr. C.____, wonach die verbleibenden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremde degenerative Veränderungen des Fusses zurückzuführen seien und unfallbedingte Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung ausgeschlossen werden könnten. Die Beschwerdeführerin wendet hiergegen ein, dass den kreisärztlichen Berichten die Einschätzungen von Dr. M.____ und Dr. O.____ diametral gegenüberstehen würden, wonach die heutigen Beschwerden sehr wahrscheinlich respektive mit hoher Wahrscheinlichkeit kausal auf das Unfallereignis vom 11. Mai 2018 zurückzuführen seien. Selbst wenn die Berichte von Dr. M.____ und Dr. O.____ nicht geeignet wären, die unfallkausale Ursache der Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellen, würden sie zu zumindest geringen Zweifeln an den versicherungsinternen Einschätzungen führen, welche damit jedoch ihrer Beweiskraft beraubt würden.

7.2 Das Gericht prüft frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (siehe Erwägung 4.2 hiervor). Rechtsprechungsgemäss

sind dabei an versicherungsinterne Beurteilungen – wie die vorliegenden Berichte von Dr. C.____ und PD Dr. D.____ – strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (siehe Erwägung 4.3 hiervor). Solche Zweifel liegen indessen nicht vor. Sowohl die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dr. C.____ wie auch insbesondere sein aufgrund eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin erstellter Bericht erweisen sich als überzeugend und decken sich mit der bildgebenden Diagnostik im vorliegenden Fall. Die grosse prätibiale Wunde links sowie die ausgeprägten Hämatome am linken Fuss sowie am Unter- und Oberschenkel links hatten sich bereits anlässlich des Berichts von Dr. I.____ vom 14. Dezember 2018 als abgeheilt erwiesen. Die röntendiagnostischen, MRT- und CT-Untersuchungen der Dres. G.____, J.____ und N.____ vom 12. Dezember 2018, vom 15. Januar 2019 und vom 26. September 2019 haben ergeben, dass grundsätzlich keine Ergüsse, keine Ruptur der Syndesmosebänder und der (allerdings degenerativ belasteten) Tibialis posterior-Sehne und keine relevanten Knorpeldefekte sichtbar seien. Die Ligamenta fibulotalare anterius et posterius, tibiofibulare anterius et posterius, fibulokalkaneare, talokalkaneare und interosseus seien allesamt – wie auch der mediale Bandapparat und die Plantarfaszie – intakt. Allerdings konnten ein deutlicher Hallux valgus, eine geringgradige Arthrose im Grosszehengrundgelenk, eine geringe Lisfranc-Gelenks-Arthrose, eine fortgeschrittene Arthrose zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale respektive eine mässiggradige cuboidocuneiforme laterale Arhtrose mit subchondralen Geröllzysten nachgewiesen werden. Damit liegen in apparativer Hinsicht keine auf das Ereignis vom 11. Mai 2018 zurückzuführende strukturell objektivierbaren Läsionen des Tibiofibulargelenks und der Syndesmose sowie keine Hinweise auf eine Arthrofibrose vor. Auch klinisch konnte eine verbleibende Verletzung der Syndesmose bei seitengleichem Talusvorschub und negativem Talar Tilt-Test sowie (nach anfänglicher Pathologie) negativem Einbeinzehenspitzstand festgestellt werden. Zu Recht weist PD Dr. D.____ zudem darauf hin, dass sich die Berichte von Dr. M.____ vom 8. Juli 2019 und vom 25. Februar 2020 widersprechen, als die Beschwerden in ersterem hauptsächlich in der Syndesmose verortet werden, während sie in letzterem nunmehr ihren Ursprung im Gelenk zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale fänden. Dr. C.____ setzt sich in seinen Stellungnahmen und Berichten ausführlich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen die verschiedenen behandelnden Ärzte auseinander, geht auf die objektivierten wie auch der subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin ein und vermittelt so ein umfassendes Bild über deren Gesundheitszustand. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist ausführlich begründet und leuchtet ein.

7.3.1 Die “gutacherliche“ Stellungnahme von Dr. O.____ vom 9. April 2020 erfüllt die formalen Anforderungen an ein orthopädisches Gutachten nicht. So folgt es weder formell noch materiell dem gängigen Aufbau eines solchen Gutachtens (vgl. Leitlinien für die orthopädische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, S. 5 ff., Ziff. 3.4) und eine Diskussion der ihrer Beurteilung – teilweise oder vollständig – widersprechenden Berichte findet nicht statt. Insbesondere fehlt es an einer eingängigen Befassung mit den Stellungnahmen und Berichten von Dr. C.____, wobei aus der summarischen Zusammenfassung der Vorakten auch nicht hervorgeht, ob diese vollständig an Dr. O.____ übersandt wurden. In diesem Sinne ist die Aktenbeurteilung von Dr. O.____ – unabhängig von der Betitelung des Dokuments – vielmehr auf der Stufe des Berichtes eines behandelnden Arztes denn eines Parteigutachtens im engeren

Sinne anzusiedeln. Die diesbezüglich geltenden Beweisrichtlinien (siehe Erwägung 4.3 hiervor) haben deshalb vorliegend Anwendung zu finden.

7.3.2 Offen bleiben kann, ob Dr. O.____ überhaupt die notwendige Qualifikation zur gutachterlichen Berichterstattung aufgewiesen hätte. Anzumerken ist hierzu immerhin, dass eine begutachtende Person zwar nicht zwingend über eine FMH-Ausbildung verfügen muss; auch eine im Ausland erworbene gleichwertige Fachausbildung genügt rechtsprechungsgemäss (BGE 137 V 245 E. 3.3.2). Allerdings obliegt es der begutachtenden Person, sich die durch die schweizerische Rechtsprechung gebildeten besonderen versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Termini anzueignen (vgl. CHRISTIAN A. LUDWIG, Anforderungen an Gutachten – Anforderungen an Gutachter, in: SAEZ 2006, S. 1035; MARCO WEISS, Der Arzt als Gutachter, in: SAEZ 2018, S. 1464; JACQUES OLIVIER PIGUET, Commentaire romand ATSG, Dupont/Moser-Szelless [Hrsg.], Basel 2018, Art. 44, Rz. 13). So hat die begutachtende Person zumindest diejenigen Rechtsbegriffe und Verfahrensregeln zu kennen, welche für die Verwertbarkeit des Gutachtens entscheidend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.3.3, besprochen in: ANDREAS TRAUB, Fachliche Qualifikationen von ärztlichen IV-Gutachtern aus dem In- und Ausland, in: SZS 2020, S. 198 ff.; FRANZISKA MÜLLER ET AL., Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung, Bericht vom 10. August 2020 zu Handen des Generalsekretariats des Eidgenössischen Departements des Innern, S. 56). Aus der Zertifizierung in einem ausländischen versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Lehrgang – wie vorliegend dem Zertifikat einer geprüften Gutachterin der BDC Akademie – könnte jedenfalls nicht ohne Weiteres eine genügende Kenntnis der hiesigen Versicherungsmedizin abgeleitet werden. Da jedoch nach dem Gesagten beim Bericht von Dr. O.____ vom 9. April 2020 ohnehin nicht von einem (Partei-)Gutachten im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichts ausgegangen werden kann, erübrigen sich Weiterungen zu dieser Frage.

7.3.3 Auch die Rüge, wonach der Arztbericht von Dr. O.____ nachvollziehbar und schlüssig aufzeige, dass eine Unfallkausalität fortbestehe und damit zumindest geringe Zweifel an der Berichterstattung durch Dr. C.____ entstanden seien, überzeugt nicht. Vielmehr ist der Beschwerdegegnerin und insbesondere PD Dr. D.____ dahingehend zu folgen, wonach es höchst unwahrscheinlich ist, dass Dr. O.____ ohne persönliche Untersuchung der Patientin eine organische Unfallfolge nachweisen habe können, während dies den involvierten Spezialisten trotz stattgefundener Untersuchungen und weiteren diagnostischen Vorkehrungen entgangen sein soll. Auch äussert sich Dr. O.____ lediglich in theoretischen Möglichkeiten, wonach eine Funktionseinschränkung durch Fibrosierung entstehen könne, eine Syndesmoseverletzung durch Verdrehung des Unterschenkels denkbar sei, oder eine Knöchelverstauchung auftreten könne. Damit bewegt sie sich jedoch höchstens im Bereich von Verdachtsdiagnosen, was für die Anerkennung einer Unfallfolge mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht ausreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. September 2013, 8C_454/2013, E. 6.3; vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 24. November 2016, S 2016 62, E. 3.1.4, in: GVP 2016 S. 54). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass – nebst den im Zusammenhang mit Dr. M.____ bereits besprochenen Diagnosen – auch für eine überschiessende Narbenbildung keine bildgebenden Befunde vorliegen, welche diese bestätigen könnten. Die von Dr. O.____ postulierte Residuenbildung bei verzögerter Hämatomauflösung in Form von Verklebungen der

Bindegewebs-Faszien erscheint unter diesem Blickwinkel ebenfalls nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. C.____ zu erwecken.

7.4 Nach dem Gesagten ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Ereignis vom 11. Mai 2018 lediglich zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geführt hat. Diese vorübergehenden Beeinträchtigungen waren spätestens ab dem 11. Juni 2019 wieder abgeklungen, weshalb der status quo sine vel ante spätestens im genannten Zeitpunkt wieder erreicht war. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sind somit durch das Ereignis vom 11. Mai 2018 keine Verletzungen eingetreten, welche über den 11. Juni 2019 hinaus bestehen bleiben.

8. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so besteht kein Anlass, dem in der Beschwerde vom 14. April 2020 gestellten Verfahrensantrag der Versicherten zu entsprechen, wonach ein unabhängiges medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 144 II 435 E. 3.1.3, 141 I 64 E. 3.3).

9.1 Soweit die Beschwerdeführerin die Formel bemüht, wonach aus einer fehlenden Objektivierbarkeit von Beschwerden noch nicht ohne Weiteres geschlossen werden könne, dass kein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis bestehe, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die von der Beschwerdeführerin zitierte Rechtsprechung statuiert zwar tatsächlich, dass in gewissen Fällen trotz fehlender Objektivierbarkeit der Beschwerden eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bestehen kann. Allerdings wurden in diesen Fällen die Diagnosen eines myofaszialen Schmerzsyndroms (ICD-10 M79.19; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2020, 8C_689/2019, E. 5.3) respektive eines neuropathischen autonom unterhaltenen Schmerzsyndroms (ICD-10 F45.4 oder R52.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2020, 8C_254/2020, E. 4.2.2) gestellt, welche sich rechtsprechungsgemäss nicht organisch nachweisen lassen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. März 2011, 8C_918/2010, E. 4.2, respektive vom 16. Januar 2019, 8C_647/2018, E. 4.3.2). Für diese Fälle war deshalb der Beweis der fehlenden natürlichen Kausalität aufgrund fehlender Objektivierbarkeit der besagten Beschwerden nicht zulässig. Vielmehr war eine spezielle Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach den zu psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelten Grundsätzen angezeigt (BGE 115 V 138 E. 6, 140 V 358 E. 3.2, 138 V 251 E. 4, 134 V 111 E. 2.1). Die vorliegend von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Verdachts- respektive Differentialdiagnosen einer Syndesmoseverletzung (vgl. GWENDOLYN GOLD, Diagnostik traumatischer isolierter Syndesmosenverletzungen des oberen Sprunggelenks, Diss. Hamburg 2016, S. 10 ff.; STEFAN RAMMELT/ELISABETH MANKE, Syndesmosenverletzungen, in: Der Unfallchirurg 2018/121, S. 695

ff.), einer Arthrofibrose des Fussgelenks (vgl. JAMES M. LINKLATER/CHRIS K. FESSA, Imaging Findings in Arthrofibrosis of the Ankle and Foot, in: Seminars in Musculoskeletal Radiology 2012/16-3, S. 188 ff.) sowie der Beeinträchtigung des distalen Tibiofibulargelenks (vgl. PAPUNA TSIREKIDZE, Relevanz der intraoperativen 3D-Bildgebung zur Rekonstruktion des distalen Tibiofibulargelenks (TFB) bei oberen Sprunggelenksverletzungen, Diss. Halle [Saale] 2019, S. 16 ff.) wären jedoch grundsätzlich organisch nachweisbar. Nach Distorsion des oberen Sprunggelenks sind bei nicht zeitgerechtem Rückgang der Beschwerden ohnehin regelmässig MRT- respektive CT-Untersuchungen zum Nachweis unfallkausaler Verletzungen angezeigt (vgl. ULRICH C. LIENER, Distorsion des oberen Sprunggelenkes, in: Trauma und Berufskrankheit 2018/20, S. 153 ff.). Ferner sind keine Hinweise aus den medizinischen Unterlagen ersichtlich, wonach die geklagten Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin allenfalls psychischer Genese wären; selbiges wird auch von der Beschwerdeführerin selber nicht geltend gemacht. Vielmehr sind vorliegend mässiggradige arthrotische Veränderungen zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme laterale mit subchondralen Geröllzysten als (unfallfremde) Ursache für die bestehenden Beschwerden diagnostiziert worden, während im Grundsatzurteil, auf welches sich die oben genannte neueste Rechtsprechung stützt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 1. März 2006, U 334/2005, E. 2.3), gerade eben keine organische Ursache für die geklagten Leiden gefunden werden konnte. Damit unterscheidet sich der vorliegende Sachverhalt grundsätzlich von den in den angeführten Urteilen zugrundeliegenden Umständen, weshalb die Beschwerdeführerin mit ihrer Rüge fehl geht.

9.2.1 Selbst wenn die spezielle Adäquanzprüfung im Zusammenhang mit psychischen Fehlentwicklungen vorgenommen würde, würde sich an der Situation der Beschwerdeführerin nichts ändern. Der Unfall der Beschwerdeführerin wäre – nach Massgabe des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften und im Hinblick auf die bundesgerichtliche Praxis (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 21. August 2019, 8C_212/2019, E. 4.2.1 und vom 6. November 2012, 8C_398/2012, E. 5.2, in: SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8) – höchstens im mittleren Bereich im engeren Sinne einzustufen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2013, 8C_258/2013, E. 4.4.1 und vom 24. September 2013, 8C_546/2013, E. 3.2 und die dortige Kasuistik). Die Adäquanz eines Kausalzusammenhangs wäre somit dann zu bejahen, wenn drei der massgeblichen Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt wären (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 10. März 2020, 8C_627/2019, E. 5.4, vom 19. Februar 2020, 8C_518/2019, E. 4.2, in: SVR 2020 UV Nr. 27 S. 111, und vom 10. Mai 2019, 8C_632/2018, E. 8.3, in: SVR 2019 UV Nr. 41 S. 158).

9.2.2. Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit wäre ohne weiteres zu verneinen, da die Beschwerdeführerin bereits am 19. Juli 2018 ihre Arbeit wieder vollständig aufnehmen konnte. Hinsichtlich der Kriterien des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen und der ärztlichen Fehlbehandlung mit erheblicher Verschlimmerung der Unfallfolgen (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 14. Juni 2018, 8C_803/2017, E. 3.6 und vom 24. Mai 2013, 8C_15/2013, E. 10) lassen sich den Akten keine Hinweise entnehmen, dass diese vorliegend erfüllt wären. Auch eine ungewöhnlich lange Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung, welche sowohl zeitlich als auch nach der Intensität dieser Behandlungen zu beurteilen ist (vgl. vom 19. Februar 2020, 8C_518/2019, E. 4.4.4, in: SVR 2020 UV Nr. 27

S. 112 und vom 11. November 2019, 8C_473/2019, E. 5.4), ist vorliegend nicht gegeben. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls – wobei jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 10. März 2020, 8C_627/2019, E. 5.4.1 und vom 14. September 2015, 8C_134/2015, E. 5.3.2, in: SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69) – lagen anamnestisch ebenfalls nicht vor. Die erlittenen Verletzungen in Form einer grösseren prätibialen Wunde sowie diversen Hämatomen sind denn auch nicht sonderlich schwer oder besonderer Art, dass sie erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. die Kasuistik in BGE 140 V 360 E. 5.5.1). Auch die echtzeitliche Untersuchung im Krankenhaus von Y.____ ergab, dass der Unfall keine schweren Verletzungen gezeitigt hätte. Schliesslich wäre auch das verbleibende Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht oder zumindest nicht in ausgeprägter Weise als erfüllt zu betrachten, treten doch die Beschwerden nach den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin vor allem bei andauernder Belastung wie Treppensteigen oder Bergaufgehen auf. Gerade belastungsabhängige Schmerzen gelten jedoch nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung regelmässig nicht als körperliche Dauerschmerzen im Sinne des Adäquanzkriteriums (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2018, 8C_720/2017, E. 4.4). Wäre aber wie vorliegend kein Kriterium in der geforderten Art und Weise erfüllt, wäre auch im Rahmen der speziellen Adäquanzprüfung im Zusammenhang mit psychischen Fehlentwicklungen eine verbleibende unfallbezogene Kausalität der verbleibenden Beschwerden zu verneinen.

10. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 11. Mai 2018 und den über den 11. Juni 2019 hinaus geklagten Beschwerden zu Recht verneint und deshalb die Versicherungsleistungen eingestellt hat. Demnach ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. März 2020 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

11.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Dies gilt insbesondere auch für das Verfahren betreffend Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

11.2.1 Dem Prozessausgang entsprechend wird der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zugesprochen. Soweit die Beschwerdeführerin vor Kantonsgericht das Rechtsbegehren stellt, dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, ihr die Kosten der medizinischen Expertise bei Dr. O.____ zu erstatten, dringt sie nicht durch. Grundsätzlich sind die Kosten für Privatgutachten im weiteren Sinne innerhalb der Parteikosten unter den Auslagen zu subsumieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2010, 9C_178/2010, E. 2, in: SVR 2011 IV Nr. 13 S. 36). Die Kosten eines Privatgutachtens im weiteren Sinne sind zu ersetzen, soweit dieses wesentliche sachdienliche Angaben enthält, mithin also zur Beurteilung der Sache von erheblichem Einfluss respektive für die Entscheidfindung unerlässlich war und insbesondere dem Gericht den Beizug eines gerichtlichen Gutachtens ersparte (BGE 115 V 63 E. 5d; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2016, 9C_671/2015, E. 5 sowie Urteile des EVG vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 und vom 15. Dezember 2006, I 591/06, E. 5.1; vgl. auch

SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, in: SZS 1991 S. 183). Dies gilt unter Umständen auch dann, wenn die versicherte Person in der Sache selbst unterliegt, sofern sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt erst aufgrund des Privatgutachtens schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der Untersuchungspflicht vorzuwerfen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2013, 8C_1005/2012, E. 5.2; vgl. auch Urteile des EVG vom 14. März 2005, U 85/2004, E. 2.1, in: RKUV 2005 Nr. U 547 S. 221 und vom 21. Oktober 2003, U 282/2000, E. 5.1, in: RKUV 2004 Nr. U 503 S. 186). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 45, Rz. 32). Ob ein Parteigutachten für die Entscheidfindung unerlässlich ist, liegt dabei im Ermessen des Gerichts (vgl. CRISTINA SCHIAVI, Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basel 2020, Art. 45, Rz. 6).

11.2.2 Die “gutachterliche“ Stellungnahme von Dr. O.____ hat vorliegend keine neuen, unerlässlichen Angaben enthalten, welche dem Gericht den Beizug eines gerichtlichen Gutachtens erspart hätten. Grundsätzlich hat Dr. O.____ lediglich mehrere Hypothesen dargelegt, welche mangels persönlicher Untersuchung der Patientin oder entsprechender bildgebender Diagnostik nicht von ihr verifiziert wurden. Auch das reine Referenzieren ausgewählter früherer Rapporte und Diagnosen von Berufskolleginnen und -kollegen ohne Diskussion der entgegenstehenden Berichte erfüllt offensichtlich nicht die Anforderung an die massgebende Bedeutung, die einem Arztbericht zukommen muss, um als unerlässlich für die Entscheidfindung angesehen zu werden. Damit wären der Beschwerdeführerin im Falle des Obsiegens keine Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten zuzusprechen gewesen. Auch die Zusprache einer Entschädigung im Falle des Unterliegens ist vorliegend nicht angezeigt, da der Sachverhalt sich auch ohne den Bericht von Dr. O.____ schlüssig darstellt und der Beschwerdegegnerin gerade keine Verletzung der Untersuchungspflicht vorgeworfen werden kann (siehe Erwägungen 6.3 und 8 hiervor). Das Begehren der Beschwerdeführerin auf Ersatz der aus dem Parteigutachten entstandenen Kosten ist deshalb abzuweisen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

http://www.bl.ch/kantonsgericht