

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/12 vom 17. September 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2023_12

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/12 du 17 septembre 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/12 del 17 settembre 2024

Regeste

Art. 10, Art. 16 und Art. 19 UVG Entgegen der Ansicht des Versicherungsmediziners ist von einem unfallkausalen CRPS auszugehen, welches sich im Leistungseinstellungszeitpunkt noch in Behandlung befand. Für den entscheiderelevanten Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids muss die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen weiterhin erbringen. Anschliessend hat eine erneute Prüfung des Fallabschlusses mit erneuter Verfügung betreffend unter anderem die Integritätsentschädigung zu erfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. September 2024, UV 2023/12).

Volltext

Entscheid vom 17. September 2024 Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. UV 2023/12 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Mark A. Glavas, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war unter anderem mit teilzeitlichem Pensum als Pflegehelferin SRK bei der Stiftung B.____ (nachfolgend: Arbeitgeberin), angestellt und über dieses Arbeitsverhältnis bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: Axa) gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen versichert, als sie am ____ Dezember 2019 anlässlich eines Schwindelanfalls einen Stolpersturz erlitt und sich am rechten Fuss verletzte (UV-act. A1 und M1). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags bei Dr. med. C.____, welcher eine Röntgenuntersuchung vornahm, die vorläufige Diagnose einer ausgeprägten Distorsion tarsometatarsal (bedeutet: an den Fusswurzel-Mittelfuss-Gelenken, abgekürzt: TMT) erhob, einen Verdacht auf kleine Avulsionsfrakturen notierte und einen Unterschenkelgips anlegte (act. M4 und M5). Am 26. Dezember 2019 erfolgte eine Kontrolle in der Chirurgischen Klinik des Spitals D.____ (nachfolgend: Klinik), wo eine Computertomographie (CT)-Untersuchung des rechten Fusses stattfand, die Diagnose einer Lisfranc-Verletzung mit Flake-Fraktur der TMT II und IV gestellt wurde und eine Ruhigstellung mittels Unterschenkelliegegipses erfolgte (act. M7 und M12). Der rechte Fuss der Versicherten wurde in der Klinik am 3. Januar 2020 nochmals geröntgt. Es zeigte sich eine in etwa stationäre, diskrete Subluxationsstellung im TMT II und ansonsten eine unauffällige Artikulation in der Lisfranc-Gelenkreihe. Die im CT vom 26. Dezember 2019 sichtbaren, winzigen ossären Avulsionen auf Höhe der TMT II bis IV liessen sich konventionell radiologisch allenfalls angedeutet nachvollziehen; es fanden sich keine Hinweise auf eine grössere sekundäre Dislokation (act. M10).

Gleichen Tags wurde der gespaltene durch einen zirkularisierten Unterschenkelgips ersetzt (act. M11). Am 7. Januar 2020 meldete die Arbeitgeberin der Axa den Unfall (UV-act. A1). Am 10. Januar 2020 teilte die Axa der Versicherten mit, dass sie für die Folgen des Ereignisses vom ___ Dezember 2019 ohne nähere Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorläufig Leistungen ausrichten werde (UV-act. A2). Am 5. Februar 2020 erfolgte in der Klinik eine Kontrolle inkl. Röntgen des rechten Fusses. Die Bildgebung zeigte gegenüber der letzten Untersuchung keine sekundäre Dislokation der Basis-Frakturen an den TMT II und IV. Die Frakturen waren angedeutet abgrenzbar und befanden sich im Umbau. Die Versicherte war laut den untersuchenden Fachpersonen weitgehend beschwerdefrei. Der Unterschenkelgips wurde entfernt und es erfolgte bei leichtem Fortbestehen der Klinik eine Ruhigstellung mittels harter Carbon-Sohle. Zur Prävention eines Complex Regional Pain Syndroms (CRPS) wurden der Versicherten Medikamente verordnet. Insbesondere im Hinblick auf ein möglicherweise beginnendes CRPS wurde ein Termin zur klinischen Kontrolle nach zwei Wochen vereinbart (UV-act. M8 und M13). Diese Kontrolle erfolgte am 20. Februar 2020. Die Versicherte zeigte sich dabei schmerzgeplagt und klinisch wurde eine deutliche Schwellung sowie eine deutliche Rötung über dem Fussrücken festgestellt. Die klinische Symptomatik konnte laut den Untersuchenden mit der Verletzungssymptomatik erklärt werden. Zur Prävention eines CRPS wurden der Versicherten weiterhin Medikamente verordnet (UV-act. M6). Eine vom Hausarzt der Versicherten, med. pract. E. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wegen rezidivierenden Schwellungen im plantaren Bereich und persistierenden Schmerzen im medialen Mittelfuss angeordnete Magnetresonanztomographie (MRI)-Untersuchung vom 3. März 2020 brachte einen Status nach Lisfranc-Distorsion mit vernarbter Partialruptur des Lisfranc-Ligaments, Synovitis der Gelenke und residuellem Knochenmarksödem sowie eine Peritendinitis um die Tibialis-anterior-Sehne distal zur Darstellung (act. M3). Am 29. Mai 2020 liess sich die Versicherte erstmals in der Spezialpraxis für F. ___ von Dr. med. univ. G. ___, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie sowie für Unfallchirurgie, untersuchen, wo Röntgenaufnahmen von beiden Füessen gemacht wurden. Gestützt auf die Bildgebung und die von ihr erhobenen Befunde nannte Dr. G. ___ in ihrem Bericht vom 5. Juni 2020 die Diagnosen Tendosynovitis Tibialis-anterior-Sehne rechts, Status nach Fuss-Distorsionstrauma am ___ Dezember 2019 mit Avulsionsfrakturen Lisfranc-Gelenke I bis IV rechts, Verdacht auf Tendinopathie der Peroneus-brevis-Sehne rechts, Spreizfuss beidseits und Rückfussvarus beidseits. Sie habe mit der Versicherten ein konservatives Vorgehen besprochen (UV-act. M14). Anlässlich der klinischen Kontrolle vom 24. Juni 2020 berichtete die Versicherte Dr. G. ___ über etwas zurückgegangene Schmerzen. Die Beschwerden medial am rechten Fussrücken im Bereich der Ansatzstelle der Tibialis-anterior-Sehne hätten nur leicht gebessert. Es wurde weiterhin ein konservatives Vorgehen vereinbart (UV-act. M19). Med. pract. E. ___ berichtete am 7. Juli 2020 auf Anfrage der Axa, die Versicherte habe bereits bei der ersten Konsultation bei ihm am 11. Februar 2020 über Schmerzen im medialen Fussbereich, genauer im Bereich der Sehnen des Tibialis-anterior-Muskels, berichtet. Bei einem leicht protrahierten Heilungsverlauf sei anzumerken, dass die Versicherte das Schmerzmaximum stets im Bereich der Sehneninsertion und nicht im Bereich der Frakturen genannt habe. Da sich die Beschwerden vor allem im Stehen stark akzentuiert hätten und weil über der Sehneninsertion klinisch eine Druckdolenz bestanden habe, habe er am 3. März 2020 eine MRI-Aufnahme anfertigen lassen. In der Folge sei eine Versorgung mit einer Schuheinlage erfolgt, welche jedoch nur eine leichte Besserung gebracht habe, so dass er die Versicherte

an die F.____ überwiesen habe (UV-act. M20). Die nächste Konsultation in der F.____ erfolgte am 12. August 2020. Dr. G.____ notierte, die Versicherte trage die Foot-Up-Orthese und den orthopädischen Serienschuh ständig. Seitdem seien die Schmerzen regredient. Es bestünden jedoch noch immer Restbeschwerden (UV-act. M21). Die Verlaufskontrolle vom 8. Oktober 2020 fand in der F.____ neu bei PD Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt. Ihr berichtete die Versicherte, dass sich die Situation in den letzten Monaten nicht weiter verbessert habe. Ein bohrender Grundschmerz im medialen Mittelfussbereich sei stets vorhanden, Belastung würde diesen Schmerz sofort exazerbieren lassen. Dr. H.____ leitete eine weitere bildgebende Untersuchung in die Wege (UV-act. M23). Am 14. Oktober 2020 wurden eine MRI- und eine CT-Untersuchung vorgenommen, welche alte posttraumatische Veränderungen nach Lisfranc-Luxationsfraktur II und leichter Kompressionsfraktur im lateralen Keilbein (Os cuneiforme) zur Darstellung brachten. Auch zeigte sich eine minimale mechanische Stressreaktion im Lisfranc-Gelenk II (UV-act. 27). Dr. H.____ empfahl der Versicherten nach Rücksprache mit Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, F.____, die Durchführung einer Arthrodesierung des TMT I/II-Gelenks inklusive formaler Lapidusschraube sowie gegebenenfalls Augmentation mit Knochen vom Beckenkamm (vgl. UV-act. M24). Am 17. November 2020 erteilte die Axa Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung im Stadtspital J.____ (nachfolgend: J.____; UV-act. A64; für die am gleichen Tag abgegebene versicherungsmedizinische Befürwortung von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie und beratender Arzt der Axa, vgl. UV-act. M25). Am 23. November 2020 unterzog sich die Versicherte bei der Diagnose einer chronischen Lisfranc-Luxationsverletzung I/II rechts im J.____ bei Dr. I.____ und Dr. H.____ einer Reposition des Lisfranc-Gelenks sowie einer Arthrodesese TMT I/II Fuss rechts (UV-act. M29 und M30). Eine Woche nach der Operation zeigten sich laut Bericht von Dr. H.____ vom 2. Dezember 2020 reizlose, jedoch massiv geschwollene Weichteile im Bereich des gesamten Vor- und Mittelfusses (UV-act. M28). Mit Schreiben vom 23. Dezember 2020 löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 31. März 2021 auf (UV-act. A84). Am 7. Januar 2021 fand eine Verlaufskontrolle bei Dr. H.____ statt. Sechs Wochen nach der Operation ging es laut Ärztin sehr gut. Die Versicherte halte die Teilbelastung mit 10 Kilogramm (kg) ein und benötige maximal einmal pro Tag eine Schmerztablette. Ansonsten sei sie weitgehend schmerzfrei. Bei vermehrter Aktivität komme es zu einer Schwellung des Fusses, welche mit Hochlagerung prompt wieder abklinge. Dr. H.____ beschrieb reizlose, minimal geschwollene Weichteile, keinerlei Druckdolenz sowie – abgesehen von einer Dys-/Anästhesie im Bereich zwischen den beiden Inzisionen – eine erhaltene Sensibilität. Röntgenbilder vom 7. Januar 2021 zeigten an Ort liegende Platten und Schrauben ohne Anzeichen für Lockerung, Migrations- oder Implantatversagen. Auch zeigten sich gut korrigierte Stellungsverhältnisse intermetatarsal I/II (UV-act. M31; vgl. auch Dr. H.____s Schreiben an die Versicherte vom 7. Januar 2021 in UV-act. M37). Anlässlich einer Konsultation vom 16. Februar 2021 berichtete die Versicherte Dr. H.____, dass sie bezüglich des Fusses sehr zufrieden sei. Die präoperativ vorhandenen Schmerzen seien vollständig weg. Schmerzmittel habe sie schon seit längerem keine mehr einnehmen müssen. Allerdings habe sie sich noch nicht getraut, zur Vollbelastung in normalem Schuhwerk überzugehen. Auch leide sie unter extrem starken Schmerzen im Bereich des Gesässes mit Ausstrahlung in den lateralen Ober- und Unterschenkel sowie unter Sensibilitätsstörungen am Unterschenkel und lateralen Fussrand

sowie -rücken. Dr. H.____ notierte im gleichentags erstellten Bericht an den Hausarzt med. pract. E.____, die Versicherte habe sich in der Vadix-Orthese und annähernder Vollbelastung an Gehstöcken vorgestellt. Sie beschrieb reizlose, noch moderat geschwollene Weichteile ohne wesentliche Druckdolenzen. Aus Sicht des Fusses sei der Verlauf günstig. CT-graphisch habe sich bereits vor vier Wochen der Nachweis einer Konsolidation erbringen lassen. Dementsprechend solle nun definitiv der Übergang auf Vollbelastung in normalem Schuhwerk erfolgen (UV-act. M32). Med. pract. E.____ veranlasste aufgrund von latentem glutealem Schmerz eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) der Versicherten, welche am 17. Februar 2021 im Röntgeninstitut L.____, stattfand und eine geringgradige linkskonvexe skoliotische und hyperlordotische Fehllhaltung der LWS sowie eine Obliteration der rechtsseitigen Recessus lateralis auf Höhe L3/4 und L4/5 mit Beeinträchtigung der entsprechenden Nervenwurzeln zur Darstellung brachte (UV-act. M38). Am 26. März 2021 wurde die Versicherte in der Rheumatologie-Sprechstunde der Universitätsklinik M.____, Rheumatologie Physikalische Medizin, vorstellig zur Abklärung eines CRPS. Dem diesbezüglichen Bericht ist zu entnehmen, dass unter der Ruhigstellung und Schonung nach der Arthrodesese die Schmerzen gut erträglich gewesen seien. Sobald eine bereits leichte Belastung erfolgt sei, seien sehr starke Schmerzen aufgetreten, welche aktuell mit Oxycodon behandelt würden. Der Fuss sei deutlich geschwollen. Es bestünden eine bläulich-livide Hautveränderung des Fusses, ein Fremdkörper- und ein Kältegefühl. Nächtliche Schmerzen, Hyperhidrose, vermehrtes Haar- oder Nagelwachstum wurden verneint. Auf Symptomebene gelte es, die dysproportionalen Schmerzen, die Allodynie, die Veränderung des Hautkolorits, das Ödem wie auch die Bewegungseinschränkung zu erwähnen. Diese Symptome liessen sich auf Befundebene bestätigen. Aufgrund der initial typischen Befunde wie dysproportionale Schwellung und dysproportionale Schmerzen mit Einschränkungen und sowohl vasomotorischen als auch motorischen Symptomen könne die Diagnose eines CRPS Typ I, aktuell in partieller Remission, gestellt werden. Sodann wurde gestützt auf den MRI-Befund vom 17. Februar 2021 die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerz- und radikulären Reizsyndroms L5 rechts gestellt und eine Wurzelinfiltration L5 rechts vorgenommen, auf welche die Versicherte kurzfristig ansprach (UV-act. M39). Dr. K.____ verfasste am 31. März 2021 eine aktenbasierte Stellungnahme zum allfälligen Vorliegen einer Sorgfaltspflichtverletzung anlässlich der Behandlung in der Klinik und die Anpassung der orthopädischen Einlagen durch die Bellmann Orthopädie Technik und verneinte eine solche (UV-act. M33). Am 8. April 2021 fand eine Verlaufskontrolle in der Rheumatologie-Sprechstunde in M.____ statt. Es wurde festgestellt, dass unter der Steroidstosstherapie die Schwellung des Fusses und auch die Koloritveränderung rückläufig seien. Die Schmerzen [wohl im rechten Fuss] seien unverändert. Die Schmerzen im Bein seien intermittierend, aber tendenziell zunehmend. Es bestünden weiterhin keine Rückenschmerzen. Die Untersuchung zeigte eine Radikulopathie L5 rechts. Da die periradikuläre Infiltration L5 nur kurzfristig geholfen habe, werde nun eine epidurale Infiltration L4/5 geplant. Zudem wurden eine elektrophysiologische Untersuchung und zum Ausschluss eines Raynaud-Phänomens eine Kapillarmikroskopie veranlasst (UV-act. M42). Anlässlich der nächsten Verlaufskontrolle bei Dr. H.____ vom 15. April 2021 äusserte diese nach Kenntnisnahme der in M.____ bestätigten Diagnose eines CRPS Typ I am rechten Fuss, es scheine möglich, dass ein CRPS bereits nach der initialen Verletzung 2019 bestanden habe und durch die Operation wieder reaktiviert worden sei. Aus rein orthopädischer Sicht sei der postoperative Verlauf regelrecht ohne Hinweise auf einen Schmerzursprung im

Bereich der Arthrodesen. Zurzeit dominiere sicherlich die Symptomatik des CRPS und der Wirbelsäulenproblematik. Bezüglich der lokalen Situation am Fuss sei eine Wiedervorstellung ein Jahr postoperativ vereinbart worden. Sie habe der Versicherten erklärt, dass eine Osteosynthesematerialentfernung nur bei zwingenden Gründen vorgenommen werden sollte, da jeglicher erneute Eingriff das Risiko einer Reaktivierung/Verschlechterung des CRPS innehatte (UV-act. M43-2). Anlässlich einer Sprechstunde in M. ___ vom 10. Mai 2021 beklagte die Versicherte weiterhin zum Teil starke belastungsabhängige Schmerzen im rechten Fuss. Insgesamt habe aber die Beweglichkeit des Fussgelenks seit der im April 2021 vorgenommenen epiduralen Infiltration L4/5 gebessert. Auch die Ausstrahlung in das rechte Bein sei deutlich rückläufig. Dafür habe sie nun verstärkt lumbale Schmerzen. Sie sei nur zu Hause ohne Gehstöcke mobil. Die Belastbarkeit des Fusses sei stark eingeschränkt. Die behandelnde Ärztin stellte fest, dass sich auch nach abgeschlossener Steroidstosstherapie in der Gesamtschau weiterhin ein CRPS Typ I des rechten Fusses in teilweiser Remission zeige. Die Ödemneigung und die Koloritveränderung hätten unter der Steroidstosstherapie deutlich abgenommen. Im Vordergrund stünden weiterhin dysproportionale Schmerzen, eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung sowie die Allodynie über dem Fussrücken. Aufgrund der ausgeschöpften ambulanten Therapiemöglichkeiten sei eine multimodale Komplextherapie besprochen worden. Der Diagnoseliste des Berichts vom 10. Mai 2021 kann entnommen werden, dass eine im Mai 2021 durchgeführte Elektrophysiologie keine Hinweise auf eine Denervierung L4/5 oder auf eine höhergradige spinale Leistungsstörung zu Tage gefördert habe (UV-act. M45). Am 1. Juni 2021 erteilte die Axa Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung ab 31. Mai 2021 (UV-act. A93). Diese fand in Form einer multimodalen Schmerzkomplextherapie bis zum 23. Juni 2021 in M. ___ statt. Bei Eintritt bemerkte die Versicherte weiterhin eine Berührungsempfindlichkeit über dem Grosszehenstrahl sowie über der zweiten Zehe betont über den Metatarsalen. Sie habe zusätzlich auch Kribbelparästhesien ebendort. Es bestehe weiterhin ein Kältegefühl im Fuss. Durch den Prednisonstoss habe die Schwellungstendenz des rechten Fusses leider nicht abgenommen. Unverändert bestehe eine rötlich-livide Verfärbung. Vermehrtes Schwitzen, Hypertrichose oder vermehrtes Nagelwachstum verneinte sie. Es bestehe eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung im Oberen Sprunggelenk (OSG) sowie für sämtliche Zehen (betont Grosszehe und zweite Zehe). Im Rahmen von physiotherapeutischen Massnahmen bemerkte die Versicherte regelmässig ein Zittern und ein unkontrolliertes Abspreizen der Kleinzehe. Unter Belastung bemerkte sie Muskelschmerzen und Krämpfe im Fuss. Auftreten könne sie nur mit Schuhen. Der Fuss werde unverändert als Klumpen wahrgenommen. Laut Befund ging die Versicherte an Unterarmgehstöcken und es bestand ein Schonhinken mit Entlastung des rechten Fusses. Laut Austrittsbericht konnte unter etablierter Therapie insgesamt eine Besserung der Beschwerden sowie eine erhöhte Belastbarkeit beobachtet werden. Bezüglich der Schmerzsituation und der vasomotorischen Symptomatik habe keine wesentliche Besserung erzielt werden können (UV-act. M48). Am 20. August 2021 erstattete der Praxispartner von med. pract. E. ___ der Axa Bericht. Den Verlauf seit Austritt aus der stationären Schmerztherapie beschrieb er dergestalt, dass die Versicherte über vermehrtes Schwitzen bei Anstrengung, begleitet von Ganzkörperschmerzen und belastungsabhängigen Fusschmerzen rechts, klage. Die Opiatdosen seien reduziert worden mit Umstellung auf Fentanyl-Pflaster mit sukzessiver Reduktion. Die Versicherte sei vorerst auch für andere als die angestammten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Die Behandlungen (Lymphdrainage und Physiotherapie) führten zu

einer Beibehaltung des Ist-Zustandes ohne Verschlechterung der Schmerzsituation (UV-act. M54). Einem Sprechstundenbericht von M. ___ vom 13. September 2021 ist zu entnehmen, dass der Verlauf seit der Hospitalisation laut der Versicherten sehr geschwankt habe. Auf der Symptomebene habe sie noch eine leichte Ödemneigung und eine leichte Verfärbung des Fusses sowie zwischendurch kribbelnde und brennende Schmerzen beschrieben. Insgesamt habe die Schwellungsneigung seit der Kortison-Therapie abgenommen. Es bestehe ein Fremdkörpergefühl, eine verzerrte Wahrnehmung des Fusses, weiterhin eine Allodynie über dem Narbengebiet, ein Schwitzen und ein Kältegefühl sowie ein auffälliges Nagelwachstum im Vergleich zur Gegenseite, jedoch keine Hypertrichose. Die Beweglichkeit des Fussgelenks sei etwas besser, hingegen könnten mit den Zehen nur Wackelbewegungen durchgeführt werden. Auf der klinischen Ebene hätten die Symptome bestätigt werden können, insbesondere hätten sich eine Schwellung des rechten Fusses und eine leichte Spreizstellung der Kleinzehe rechts gezeigt. Die Beweglichkeit im Sprunggelenk sei in Flexion und Extension zu zwei Dritteln eingeschränkt, Wackelbewegungen der Zehen seien knapp möglich. Eine wesentliche Temperaturdifferenz bestehe nicht (rechts 29,4°, links 29,9°), jedoch weiterhin eine Allodynie über dem Narbengebiet und eine Hyperästhesie am restlichen dorsalen Fuss rechts sowie zirkulär über dem Sprunggelenk rechts. Links zeige sich eine stärkere Beschwellung als rechts. Eine Umfangdifferenz der Sprunggelenke zeige sich nicht. Das Gangbild mit Schuhen sei hinkend, wobei kein Abrollen des betroffenen Fusses möglich sei. In der Gesamtschau bestehe weiterhin ein CRPS Typ I des rechten Fusses (UV-act. M55). Dr. K. ___ notierte in einem versicherungsmedizinischen Bericht vom 29. September 2021, dass die strukturellen Veränderungen nach Lisfranc-Distorsion überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom ___ Dezember 2019 stünden. Die Diagnose des CRPS sei nur möglicherweise unfallkausal, da die Diagnosestellung erst vier Monate postoperativ erfolgt sei, keine Fotodokumentation vorliege und andere Ursachen ebenso wahrscheinlich in Frage kämen (zum Beispiel Schmerzen im Rahmen eines chronischen Lumbovertebralsyndroms, eines Raynaud oder einer anderen neurologischen oder vaskulären Erkrankung). Am 16. Februar 2021 habe die Versicherte angegeben, dass sie mit dem Verlauf bezüglich des Fusses sehr zufrieden sei. Die präoperativen Schmerzen seien vollständig weg, Schmerzmittel habe sie schon seit längerem keine mehr einnehmen müssen. Aus rein ereigniskausaler Perspektive sei die Versicherte am 17. Februar 2021 in einer sitzenden Tätigkeit wieder 100 % arbeitsfähig gewesen. Den Integritätsschaden schätzte Dr. K. ___ mit 10 % gemäss Suva-Tabelle 5, "posttraumatische Arthrose/Arthrodesis Lisfranc" ein. Gemäss dieser Tabelle ergebe eine vollständige Arthrodesierung 15 %. Da das Lisfranc-Gelenk nur partiell arthrodesiert worden sei, erachte er einen Schaden von 10 % als gerechtfertigt (UV-act. M56). Am 18. November 2021 verfügte die Axa die Einstellung der vorübergehenden Leistungen, da am 15. April 2021 der medizinische Endzustand bezüglich der unfallkausalen Lisfranc-Verletzung erreicht gewesen sei. Das CRPS Typ I sei nicht unfallkausal. Kulanterweise werde auf eine Rückforderung der bereits über den 15. April 2021 hinaus erbrachten Leistungen verzichtet. Aufgrund der Lisfranc-Verletzung habe die Versicherte Anspruch auf eine auf einem 10%igen Integritätsschaden basierende Integritätsentschädigung (UV-act. A133). Gegen die Verfügung vom 18. November 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch die Protekta Rechtsschutz, am 6. Dezember 2021 Einsprache und ersuchte um Erbringung der gesetzlichen Leistungen über den 15. April 2021 hinaus, da der Endzustand zu diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht gewesen sei (UV-act. A136). Dr. H. ___ wiederholte am 23.

November 2021, dass das CRPS des rechten Beins bereits den ungünstigen Verlauf unmittelbar nach dem Unfall zu erklären vermöge, jedoch nicht erkannt worden sei. Die operative Intervention habe dann zu einer Reaktivierung des CRPS geführt. Aktuell bestünden die folgenden Befunde: Im Seitenvergleich rechts reizlose, jedoch im Bereich der medialen Fusssohle leicht geschwollene Weichteilverhältnisse; kein Seitenunterschied bezüglich Farbgebung; kein auffälliger Temperaturunterschied. Die Versicherte halte den rechten Fuss neu spontan in einer invertierten Stellung. Bereits leichtes Berühren der medialen Fussregion führe zu einschliessenden, stärksten, messerstichartigen Schmerzen, welche eine weitere Untersuchung nicht möglich gemacht hätten. Der Fuss verkrampfe sich dann in einer Equinovarus-Stellung inklusive Plantarflexion der Zehen. Diese sei manuell nicht redressierbar und löse sich erst nach einigen Minuten in Ruhe spontan. Es werde hauptsächlich der mediale Fussrücken als Auslöser für die Schmerzen identifiziert. Verwirrungsbewegungen und Wackelversuche an den Metatarsale ohne Berührung dieses Areals würden keinerlei Schmerzen in der Tiefe auslösen, so dass die Schmerzen nicht aus den Knochen/Gelenken zu stammen schienen (UV-act. M57-2). Aktuelle Röntgenaufnahmen zeigten in situ liegende Schrauben ohne Anhaltspunkte für Migration, Lockerung oder Implantatversagen. Es bestehe eine zunehmend supinierte Haltung des Fusses selbst im Stehen, wodurch es zu einer veränderten Projektion komme. Die Stellungsverhältnisse seien deshalb nicht abschliessend beurteilbar. Es beständen keine Hinweise für eine Anschlussdegeneration. Es werde die Durchführung eines SPECT-CT's geplant, um ein Jahr postoperativ auffällige orthopädische Schmerzursachen feststellen oder ausschliessen zu können. Zwar beständen aus rein orthopädischer Sicht konsolidierte Verhältnisse nach Arthrodesis und damit eine stabile ossäre Situation - vorbehaltlich unerwarteter Befunde im SPECT-CT. Das schmerztherapeutisch bestätigte CRPS stelle jedoch ebenfalls eine direkte Unfallfolge dar und die diesbezügliche Behandlung sei sicherlich noch nicht abgeschlossen (UV-act. M57-3). Am 21. Januar 2022 begründete die Versicherte ihre Einsprache ergänzend und beantragte zusätzlich die Festsetzung der Integritätsentschädigung bei 15 % (UV-act. A142). Dies unter Beilage unter anderem eines Schreibens von Dr. H. ___ vom 12. Januar 2022, laut welcher die Versicherte bereits nach dem Trauma überproportionale Schmerzen, Schwellung und Rötung entwickelt hatte, sodass am 5. Februar 2020 erstmals der Verdacht auf das Vorliegen eines CRPS festgehalten worden sei. Eine formale Bestätigung sei nicht veranlasst worden. Es schienen auch die Befunde langsam regredient gewesen zu sein (UV-act. M58-1 f.). Zum Zeitpunkt der Indikationsstellung für die Operation habe ganz überwiegend die lokale Schmerzhaftigkeit aufgrund der Subluxationsstellung des Lisfranc-Gelenks imponiert. Der frühpostoperative Verlauf sei regelrecht gewesen, die Versicherte annähernd schmerzfrei. Innert ca. drei Monaten sei es jedoch zu einer extremen Schmerzhaftigkeit gekommen, welche sich nicht auf das Operationsgebiet beschränkt habe. Hinzu seien im Verlauf neben dysproportionalen Schmerzen eine Allodynie, eine Veränderung des Hautkolorits, Ödeme und eine Bewegungseinschränkung des Fusses gekommen, sodass schliesslich ein CRPS Typ I diagnostiziert worden sei. Diesbezüglich befände sich die Versicherte noch immer in Behandlung. Parallel dazu sei eine spinale Problematik diagnostiziert worden, welche jedoch separat von der Fussproblematik betrachtet werden müsse. Grundsätzlich sei die Entwicklung eines CRPS ohne jegliche äussere Ursache sehr selten. Eine andere Ursache als der Unfall beziehungsweise die damit in Zusammenhang stehende Operation lasse sich bei der Versicherten nicht erheben. Aus ihrer [Dr. H. ___s] Sicht sei der direkte kausale Zusammenhang gewahrt. Eine Verneinung des Zusammenhangs allein aufgrund der

Zeitachse erscheine ihr - insbesondere bei der Diagnose eines CRPS, dessen Befunde recht variabel sein könnten, und welche oft erst verspätet gestellt werde - nicht haltbar. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe noch eine Anreicherung im Bereich der operierten Knochen, welche mit Umbauprozessen erklärbar sei. Auf konservativer Ebene sei der Versicherten aufgrund der veränderten Biomechanik des Fusses lebenslänglich zu einer orthopädischen Spezialschuhversorgung mit Massfussbettung, Hilfe, Sohlenversteifung und guter Dämpfung zu raten (UV-act. M58-2). Aus schmerztherapeutischer Sicht schein die Behandlung sicherlich noch nicht abgeschlossen zu sein. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Ohne als Orthopädin abschliessend Stellung nehmen zu können, erscheine ihr diese Arbeitsfähigkeit in Anbetracht der Residuen des CRPS noch nicht umsetzbar. Aus ihrem Bericht vom 16. Februar 2021 eine volle Arbeitsfähigkeit ab dem 17. Februar 2021 abzuleiten, sei sicher nicht korrekt. Der zufriedenstellende Verlauf habe es lediglich erlaubt, an der Belastung zu arbeiten (UV-act. M58-3). Die vom beratenden Arzt vorgenommene Reduktion des Integritätsschadens auf 10 % ergebe sich ihrer Ansicht nach nicht aus der Suva-Tabelle. Es sei extrem selten – und gemäss einer Vielzahl von Studien gar unbedingt zu vermeiden – das gesamte Lisfranc-Gelenk zu arthrodesieren, da dies zu einer stark einschränkenden Rigidität des Mittelfusses führe und die Resultate ausgesprochen schlecht seien (UV-act. M58-4). Aufgrund der deutlich divergenten Einschätzungen seitens Behandler und Versicherung sowie in Anbetracht der Überlagerung der Befunde ausgehend vom Fuss und von der spinalen Problematik empfehle sie zur Klärung ein unabhängiges Gutachten (UV-act. M58-5). Am 20. Januar 2022 fand eine telefonische Sprechstunde mit der Klinik N.____ zur Beratung bezüglich schmerztherapeutischer Massnahmen statt. Die zuständigen medizinischen Fachpersonen für Anästhesiologie und interventionelle Schmerzmedizin hielten fest, die Krankengeschichte der Versicherten offenbare die Möglichkeit eines unerkannten CRPS, welches sich aufgrund der Operation verschlimmert habe. In sehr ausführlichen Berichten sei die klinische Situation sehr gut beschrieben und bekannt (UV-act. M59-1). Die Versicherte leide an einem therapierefraktären Fusschmerzsyndrom rechts seit dem Trauma vom Dezember 2019. Die klinischen Bedingungen hätten sich nach der Operation im November 2020 verschlechtert. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der objektivierten Befunde durch Voruntersucher und der eigenen klinischen Untersuchung sei die mehrfach postulierte Diagnose eines CRPS Typ I unter Berücksichtigung der Budapest Kriterien durchaus berechtigt. Die klinisch geforderten Kriterien seien auch mehr als zwei Jahre nach dem Trauma noch erfüllt. Die Frage nach einer sympathisch vegetativ unterhaltenen Schmerzkomponente sei bislang nicht beantwortet worden, da bis jetzt keine interventionelle Diagnostik mittels Blockade des sympathischen Grenzstrangs auf Höhe des Wirbelkörpers L4 vorgenommen worden sei. Das Vorliegen einer vegetativen Komponente sei keineswegs zwingend für die Diagnose eines CRPS, könne bei Vorliegen jedoch durch repetitive Sympathikolyse zum Heilungsprozess beitragen. Differentialdiagnostisch bestehe der Verdacht auf ein chronic widespread pain syndrome (ehemals: Fibromyalgiesyndrom). Über die therapeutischen Massnahmen betreffend CRPS hinaus könnten weiterreichende Massnahmen hinsichtlich Diagnose und Therapie der Rückenbeschwerden angeboten werden. Es werde eine Testinfiltration zweier Nerven zur Evaluierung eines Targets für die minimalinvasive Schmerztherapie vorgenommen (UV-act. M59-2 f.). Am 9. Februar 2022 konsultierte die Versicherte Dr. phil. O.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP in der Klinik N.____. Diese berichtete am 14. März 2022, die Versicherte habe ihr den Eindruck einer hoch gestressten Frau vermittelt. Sie

hätten vereinbart, in einigen weiteren Sitzungen zu prüfen, ob sie von einer Zusammenarbeit profitieren könne (UV-act. M60). Am 24. Februar 2022 besuchte die Versicherte eine reguläre Verlaufssprechstunde bei CRPS Typ I des rechten Fusses in M. ____. Laut untersuchender Rheumatologin konnten die von der Versicherten beschriebenen Symptome auf der klinischen Ebene bestätigt werden. In der Gesamtschau bestehe weiterhin ein CRPS Typ I des rechten Fusses. Sie habe mit der Versicherten die Weiterführung der aktuellen Schmerztherapie sowie der Physiotherapie inkl. Lymphdrainage besprochen (UV-act. M61). Während des Einspracheverfahrens wurde der Fall dem beratenden Arzt Dr. med. P. ____, Facharzt für Neurologie FMH, vorgelegt, welcher der Axa am 6. September 2022 seine Beurteilung übermittelte. Er kam zum Schluss, dass zu keinem Zeitpunkt ein gesichertes CRPS vorgelegen habe. Insbesondere könne ein solches innerhalb der ersten acht Wochen nach dem Ereignis und innerhalb der ersten drei Monate nach der Operation ausgeschlossen werden. Die Diagnosestellung vom 26. März 2021 habe einerseits auf einer offensichtlich aktenwidrigen Anamneseerfassung und auf einer inkorrekten Anwendung der Diagnosekriterien beruht (UV-act. M63-14 ff.). Die neuropathischen Schmerzen seien auf eine neurologische, wahrscheinlich auch strukturelle Schädigung (der Nervenwurzel L5) zurückzuführen. Diese Schädigung sei aber nicht unfallbedingt (UV-act. M63-16). Dr. H. ____ untersuchte die Versicherte am 13. September 2022 und erhob folgende Befunde: Unverändert diffuse Schwellung im Bereich des Fusses ab Malleolenhöhe mit hier auch leicht verändertem Hautkolorit. Zunehmende Krallenzehen Digitus II und III. Die restlichen Befunde seien unverändert. Sie wies sodann darauf hin, dass selbst unter Wegdenken des umstrittenen CRPS aufgrund der Mittelfussversteifung eine Patho-Biomechanik des Mittelfusses verbleibe, welche eine orthopädische Schuhversorgung dauerhaft nötig mache (UV-act. M62). Am 1. Dezember 2022 besuchte die Versicherte die wirbelsäulenorthopädische Praxis von Dr. med. Q. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie. Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht hielt Dr. Q. ____ fest, dass aufgrund der typischen Ausstrahlung ins rechte Bein die interventionelle Abklärung durch eine Transforaminal Epidural Steroid Injection (TFESI) L5 rechts mit deutlicher Radikulographie begonnen worden sei. Postinterventionell habe er jedoch nur eine partielle Linderung der Beschwerden dokumentieren können. Eine nochmalige Untersuchung habe dann eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit am rechten Trochanter (Rollhügel des Hüftgelenks) zu Tage gebracht. Anschliessend habe er den Trochanter an drei Orten unter Bildwandlerkontrolle injiziert, wonach die Beschwerden nahezu komplett regredient gewesen seien. Es dürfe also davon ausgegangen werden, dass die Ausstrahlungen pseudoradikulärer Natur seien und eine Enthesiopathie (schmerzhafte Erkrankung der bindegewebigen Verankerung [Enthese] von Kraft übertragenden Sehnen an einem Knochen) am rechten Trochanter im Vordergrund stehe (UV-act. M64). Mit Entscheid vom 11. Januar 2023 wurde die Einsprache der Versicherten vom 6. Dezember 2021 abgewiesen (UV-act. A173). Am 8. Februar 2023 zeigte die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV), bei welcher am 7. Mai 2020 eine Anmeldung stattgefunden hatte, der Versicherten die Notwendigkeit einer polydisziplinären medizinischen Untersuchung an (UV-act. A183). Gegen den Einspracheentscheid vom 11. Januar 2023 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt M. A. Glavas, Muolen, am 13. Februar 2023 Beschwerde und beantragte was folgt: 1. Es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Januar 2023 aufzuheben und die vorliegende Streitsache sei zu weiteren Abklärungen (insbesondere einer polydisziplinären Begutachtung) an die Axa (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. 2. Die

Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr eine Integritätsentschädigung von mindestens 15 % auszurichten. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Auch ersuchte sie darum, das Verfahren bis zum Vorliegen des von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachtens zu sistieren (act. G1). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Versicherungsgericht innert angesetzter Frist (act. G2) am 6. März 2023 mit, dass sie keine Einwände gegen die beantragte Sistierung habe (act. G3). Das Versicherungsgericht sistierte das Verfahren am 9. März 2023 bis zum Vorliegen des IV-Gutachtens (act. G4). Am 3. Juli 2023 wurde die Beschwerdeführerin anlässlich einer regulären Verlaufskontrolle in M.____ untersucht. Sie berichtete dabei, dass nach der Begutachtung durch die MGSG Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (nachfolgend: das MGSG) im Mai 2023 die Schmerzen am rechten Fuss und in der rechten Hüfte exazerbiert seien und sie unter verstärkten Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung in das rechte Bein leide. Am 9. Juni 2023 habe auf Verordnung des Orthopäden ein MRI des Rückens und ein CT des Fusses stattgefunden. Auf die durch Dr. Q.____ vorgenommene Infiltration in LWS und Hüfte habe sie gut angesprochen, sie werde sich bei diesem für eine wiederholte Infiltration melden. Der rechte Fuss weise ein starkes Brennen und Kribbeln, eine rötlich-livide Verfärbung und eine leichte Schwellung auf. Die Beweglichkeit sei in Ruhe besser als im Stehen, das Hinken unverändert. Sie schwitze vermehrt, habe ein Fremdkörper- und ein Kältegefühl (UV-act. M65). Am 27. September 2023 liess Rechtsanwalt Glavas dem Versicherungsgericht ein "Polydisziplinäres orthopädisch - psychiatrisch - neurologisch - internistisches Gutachten" des MGSG vom 16. Juni 2023 zukommen (act. G7 und 7.1). Der Konsensbeurteilung sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: Pseudolumboischialgie rechts bei Spondylarthrose L2 bis S1, Osteochondrose und Diskusbulging L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links sowie CRPS I des OSG und Fusses rechts nach Lisfrancgelenksreposition und Arthrodesen TMT I/II (act. G7.1 S. 25 der Konsensbeurteilung). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erklärten die Gutachter, durch anhaltende Schmerzen und Fehlstellung im rechten Fuss aufgrund eines CRPS I, mindestens seit Reposition des Lisfranc-Gelenks und Arthrodesen TMT I/II am 23. November 2020 nach Fussdistorsion am ____ Dezember 2019, könne die Beschwerdeführerin nicht länger stehen und nur kurze Strecken gehen. Es bestehe permanent auch in Ruhe ein Schmerz, der die Aufmerksamkeit, Konzentration und somit Arbeitsleistung auch im Sitzen einschränke. Dadurch seien der Beschwerdeführerin seit der genannten Operation Tätigkeiten, die mehrheitlich im Stehen und Gehen ausgeführt werden müssten, nicht mehr zumutbar. Im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe die Arbeitsunfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten als Briefträgerin, Pflegehelferin und Putzfrau ab November 2020 100 % betragen und bestehe aufgrund des CRPS Typ I am rechten Fuss und OSG immer noch. Arbeiten in temperierter Umgebung, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne Gehen, wären ab Dezember 2019 bei voller Stundenpräsenz zu 75 % zumutbar gewesen. Im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen und nach ossärer Konsolidierung der Arthrodesen und Auftreten eines CRPS I ab April 2021 50 % (act. G7.1 S. 26 der Konsensbeurteilung). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2024 die Abweisung der Beschwerde (act. G13). Mit Replik vom 18. März 2024 (act. G17) und Duplik vom 5. Juni 2024 (act. G21) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie weitere Ausführungen in den (medizinischen) Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Streitig und zu

prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 18. November 2021 (UV-act. A133) respektive diese bestätigendem und angefochtenem Einspracheentscheid vom 11. Januar 2023 (UV-act. A173) zu Recht die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeldleistungen) per 15. April 2021 eingestellt und der Beschwerdeführerin eine auf einem Integritätsschaden von 10 % basierende Integritätsentschädigung zugesprochen hat. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Versicherung erbringt ihre Leistungen gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der (unfallbedingten; vgl. nachfolgende E. 2.2) Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge eines Unfalles gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeldleistungen) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente ist zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des (unfallbedingt beeinträchtigten; vgl. nachfolgende E. 2.2) Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustandes bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Angesichts des Gesagten besteht ein Endzustand in einem Gesundheitszustand, der zumindest im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Art. 19 Abs. 1 oder Art. 19 Abs. 3 UVG) als stabil bzw. beständig erscheint. Dies in dem Sinn, dass Invalidität die voraussichtlich bleibende und längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Angesichts der in E. 2.1 aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; André Nabold, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS

UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6; Nabold, a.a.O., S. 58 und 61). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen deckt (vgl. BGE 134 V 111 E. 2.1 und BGE 127 V 103 E. 5b/bb, je mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Nabold, a. a. O., S. 61). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen dieser Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in: Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen anerkannt, dass die Beschwerdeführerin am ___ Dezember 2019 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf ihren rechten Fuss (Lisfranc-Verletzung) erlitten hat und dass diese Verletzung am 23. November 2020 mittels Reposition der Lisfranc-Gelenke und Arthrodesierung der TMT I/II-Gelenke operativ behandelt wurde. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdeführerin an einem CRPS Typ I leidet resp. litt (vgl. hierzu nachfolgend E. 3.3 f.), welches auf den Unfall vom ___ Dezember 2019 und/oder die Operation vom 23. November 2020 zurückzuführen ist (vgl. hierzu nachfolgend E. 4). Im ersten Fall würde eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 1 UVG resultieren und im zweiten Fall aus Art. 6 Abs. 3 UVG (vgl. hierzu vorstehende E. 2.1). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Neben diesem Regelfall gibt es jedoch auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome wie das vorliegend in M. ___ diagnostizierte (UV-act. M39) und von Dr. H. ___ (UV-act. M43, M57 und M58), der Klinik N. ___ (UV-act. M59) und des MGSG (act. G7.1) bestätigte CRPS Typ I des

rechten OSG und Fusses. Mit den Begriffen CRPS, komplexes beziehungsweise chronisches regionales Schmerzsyndrom, Algodystrophie oder Morbus Sudeck, wird in der Medizin ein posttraumatisches Krankheitsbild beschrieben, das sich, von einem blanden Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze Extremität oder eine grosse Körperregion betroffen ist. Auslösende Ursachen können unter anderem Gelenksdistorsionen [...] sein. Die Diskrepanz zwischen dem eigentlichen, als Bagatelle anzusehenden auslösenden Trauma und den sich daran anschliessenden Folgen ist als dramatisch zu bezeichnen (SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69, 8C_384/2009 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Laut Bundesgericht sind die Ätiologie und Pathogenese des CRPS unklar. Es ist als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung indessen als organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden zu qualifizieren. Dabei ist nicht erforderlich, dass die Diagnose innerhalb von sechs bis acht Monaten [richtig: Wochen] nach dem Unfall bzw. der Operation gestellt wird, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall bzw. der Operation zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteile des Bundesgerichts vom 9. April 2024, 8C_628/2023, E. 3.1 mit Hinweisen, und vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 4.3.2). Währenddem die die Beschwerdeführerin behandelnden und explorierenden Ärztinnen und Ärzte (vgl. soeben E. 3.3) sowie der Versicherungsmediziner Dr. K.____ (jedoch ohne konkrete Prüfung der Diagnosekriterien; UV-act. M56) vom Vorliegen eines CRPS Typ I ausgehen, verneint der Versicherungsmediziner Dr. P.____ das Vorhandensein eines solchen an sich (UV-act. M63). Ob ein CRPS vorliegt, ist laut Bundesgericht anhand der sog. Budapest-Kriterien zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2023, 8C_234/2023, E. 3.2 mit Hinweis). Bei der Beschwerdeführerin wurde die Diagnose eines CRPS Typ I erstmals am 26. März 2021 in M.____ erhoben (UV-act. M39) und zuletzt anlässlich der Begutachtung durch das MGSG im Frühjahr 2023 bestätigt (act. G7.1 S. 24 des Konsensgutachtens und S. 18 des neurologischen Teilgutachtens). Sowohl in der Klinik N.____ (UV-act. M59) als auch im Rahmen des MGSG-Gutachtens (act. G7.1) wurde das Vorliegen eines CRPS anhand der Budapest-Kriterien geprüft und bejaht. Hinsichtlich des Beweiswerts des von der IV in Auftrag gegebenen Gutachtens der MGSG sei an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass, solange bei der beweismässigen Auswertung medizinischer Gutachten die von der Rechtsprechung vorgegebenen Regeln des jeweiligen Sozialversicherungszweigs beachtet werden, die Berücksichtigung eines von in einem anderen Sozialversicherungszweig eingeholten Gutachtens unbedenklich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2011, 8C_543/2011, E. 3 mit Hinweisen; generell zum Beweiswert von medizinischen Unterlagen vgl. vorstehende E. 2.4). Dr. P.____ stellt sich als Einziger auf den Standpunkt, dass die Budapest-Kriterien zwischen dem Unfall und der Operation und auch während drei Monaten nach der Operation nicht erfüllt gewesen seien (UV-act. 63-10 bis 13). Dabei scheint er jedoch zu übersehen, dass es laut der bundesgerichtlichen Rechtsprechung genügt, dass während der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen einige der für ein CRPS typischen Symptome beobachtet wurden (vgl. soeben E. 3.2). Bereits am 5. Februar 2020 – und damit lediglich gut einen Monat nach dem Unfall – befürchteten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein möglicherweise beginnendes CRPS (UV-act. M13) und verschrieben am 20. Februar 2020 weiterhin entsprechende Medikamente (UV-act. M6).

Die effektive Diagnosestellung in M.____ erfolgte sodann zwar erst am 26. März 2021 (UV-act. M39), der entsprechende Verdacht und die hausärztliche Überweisung nach M.____ sind jedoch offensichtlich älteren Datums. Sowohl dem Bericht der Klinik N.____ (UV-act. M59) als auch dem MGSG-Gutachten (act. G7.1) ist sodann zu entnehmen, dass die untersuchenden resp. explorierenden Fachpersonen über die Vorakten verfügten und sich in der Lage sahen, anhand der vorhandenen echtzeitlichen Behandlerberichte die Budapest-Kriterien zu überprüfen. Eine lediglich auf Akten basierende Beurteilung eines Versicherungsmediziners – wie vorliegend jene von Dr. P.____ (UV-act. M63) – muss sich ohnehin auf beweiskräftige Arztberichte abstützen können, um aussagekräftig zu sein. So hielt das Bundesgericht beispielsweise folgendes fest: Soweit die Ärztinnen und Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) regelmässig nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2011, 9C_58/2011, E 3.3 mit Hinweisen). Selbiges muss auch für die Ärztinnen und Ärzte des versicherungsmedizinischen Dienstes geltend, insoweit es sich um eine Aktenbeurteilung handelt, welche wie vorliegend eine Diagnosestellung und nicht die Frage der Kausalität beschlägt. Nach dem Gesagten muss davon ausgegangen werden, dass auch Dr. P.____ die vorhandenen medizinischen Unterlagen als beweistaugliche Grundlage für eine abschliessende medizinische Einschätzung qualifizierte, da er es nicht als notwendig erachtete, die Beschwerdeführerin persönlich zu untersuchen oder weitergehende Abklärungen zu empfehlen. Nachdem darüber hinaus im Nachgang zu seiner von allen behandelnden Fachärztinnen und -ärzten abweichenden Einschätzung diese auch von der die Beschwerdeführerin examinierenden Gutachtensstelle MGSG nicht geteilt werden konnte, besteht für das Versicherungsgericht keinerlei Veranlassung, von nicht beweiskräftigen Behandlungsberichten auszugehen. Im vorliegenden Fall ist denn auch die gebotene Objektivität und Distanz der behandelnden Fachpersonen angesichts deren Vielzahl von Vornherein nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. hierzu vorstehende E. 2.4). Auch erweisen sich die Beurteilungen der MGSG-Gutachter bei persönlichen Untersuchungen und umfassender Würdigung der Sachlage als schlüssig und nachvollziehbar (act. G7.1). Nach dem Gesagten ist gestützt auf die von Fachärztinnen und -ärzten verfassten Berichte und Gutachten mindestens bis zur Exploration durch die MGSG im Mai 2023 von einem CRPS Typ I auszugehen. Die Verneinung eines CRPS begründet Dr. P.____ mit der Nichterfüllung des CRPS-Diagnosekriteriums 4 (Es gibt keine andere Diagnose, die die Symptome und Befunde besser erklärt). Die starken neuropathischen Schmerzen im rechten Fuss, die im März 2021 bestanden hätten, könnten allein durch die überwiegend wahrscheinlich bestehende Radikulopathie L5 erklärt werden (UV-act. 63-12). Zu dieser Auffassung gelangte Dr. P.____ als einziger der involvierten Ärzte und ohne die Beschwerdeführerin persönlich untersucht zu haben, was bereits gewisse Zweifel an seiner Einschätzung weckt. Ausserdem widerlegen die Gutachter des MGSG – insbesondere der orthopädische Hauptgutachter und die neurologische Gutachterin – diese Annahme von Dr. P.____ nachvollziehbar. Der orthopädische Teilgutachter des MGSG führte schlüssig aus, dass die Schmerzen in der LWS und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben

zumindest teilweise auf die im MRI [vom 9. Juni 2023; vgl. hintersten Anhang des MGSG-Gutachtens in act. G7.1] sichtbare Spondylarthrose L2 bis S1 sowie die Osteochondrose mit Diskusbulging L4/5 und Kontakt zur Nervenwurzel L4 links zurückgeführt werden könnten. Die Ausstrahlung der Schmerzen in die rechte Grosszehe sei dadurch aber nicht erklärt, da das Dermatom von der Nervenwurzel L5 rechts versorgt werde, welche im MRI unauffällig erscheine. Die Schmerzen im rechten Fuss seien aufgrund der klinischen Befunde im Rahmen eines CRPS Typ I zu interpretieren (act. G7.1 S. 13 des orthopädischen Hauptgutachtens). Die neurologische Teilgutachterin der MGSG konnte anhand einer am 25. Mai 2023 durchgeführten Elektroneurografie eine periphere Nervenläsion und anhand des MRI-Befundes vom 9. Juni 2023 eine Neurokompression ausschliessen. Neben dem CRPS Typ I stellte sie anlässlich ihrer Untersuchung einen normalen neurologischen Befund fest (act. G7.1 S. 18 des neurologischen Teilgutachtens sowie hinterster Anhang zum Gutachten). Auch der die Beschwerdeführerin behandelnde Wirbelsäulenspezialist Dr. Q.____ sah die zeitweilig angegebenen Ausstrahlungen in den Fussrücken eher im Zusammenhang mit einer Allodynie bei bekanntem CRPS (UV-act. M64-1). Nach dem Gesagten bestehen mehr als nur geringe Zweifel an den Schlussfolgerungen von Dr. P.____ (zum Beweiswert von ärztlichen Berichten vgl. vorstehende E. 2.4). Auf die in Bezug auf die Frage nach dem Vorliegen eines CRPS beweiswertigen Einschätzungen der Gutachter der MGSG sowie der behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte kann dagegen abgestellt werden. Unter Würdigung der in E. 3.3 dargelegten medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass sich bei der Beschwerdeführerin im Nachgang zum Unfall, spätestens im Nachgang zur – unbestrittenermassen Unfallfolgen adressierenden – Operation vom 23. November 2020 ein CRPS Typ I entwickelt hat. Folglich kann im vorliegenden Verfahren auf die Anordnung der beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. act. G1 und G17) verzichtet werden, zumal der medizinische Sachverhalt als vollständig erhoben zu betrachten ist. Zu prüfen bleibt die Kausalität (vgl. vorstehende E. 2.2) dieses CRPS. Dass das CRPS Typ I nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sein soll, wie Versicherungsarzt Dr. K.____ postuliert (UV-act. 56), ist nicht nachvollziehbar. Er begründete die nur möglicherweise vorhandene Unfallkausalität mit der erst vier Monate postoperativ erfolgten Diagnosestellung, mit dem fehlenden Vorliegen einer Fotodokumentation und mit dem Umstand, dass andere Ursachen ebenso wahrscheinlich in Frage kommen würden (Schmerzen im Rahmen eines chronischen Lumbovertebralsyndroms, eines Raynaud oder im Rahmen einer anderen neurologischen oder vaskulären Erkrankung; UV-act. M56-5). Mit der laut Bundesgericht (vgl. vorstehend E. 3.2) entscheidenden Frage, ob die Beschwerdeführerin während der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall oder nach der Operation laut echtzeitlichen Berichten zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten habe, setzt er sich nicht explizit auseinander. Das zwingende Vorhandensein einer Fotodokumentation stellt keine Voraussetzung für ein unfallkausales CRPS dar (vgl. wiederum vorstehend E. 3.2) und muss vernünftigerweise mit ausführlichen echtzeitlichen Behandlerberichten – wie sie vorliegend laut u.a. Klinik N.____ (vgl. UV-act. M59-1) vorhanden sind – ersetzt werden können. Die von ihm als Alternativen erwähnten Diagnosen können sodann anhand der vorhandenen medizinischen Akten ausgeschlossen werden (vgl. vorstehend E. 3.3.3). Die neurologische Teilgutachterin der MGSG führte zur Unfallkausalität des CRPS aus, anamnestisch seien die CRPS-bedingten Beschwerden in voller Intensität nach der Operation vom 23. November 2020 aufgetreten. Da diese Operation wegen anhaltender Beschwerden im rechten Fuss

nach dem Unfall vom ____ Dezember 2019 durchgeführt worden sei, sei das CRPS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf diesen Unfall zurückzuführen (act. G7.1 S. 20 des neurologischen Hauptgutachtens). Und auch der orthopädische Hauptgutachter der MGSG kam zum Schluss, dass es ohne den Unfall vom ____ Dezember 2019 nicht zu einer Distorsion des Fusses mit Lisfrancverletzung I/II gekommen wäre und ohne diese hätte es auch keine Arthrodeese TMT I/II rechts gegeben und in der Folge auch kein CRPS Typ I (act. G7.1 S. 13 f. des orthopädischen Hauptgutachtens). Dem Sprechstundenbericht von M.____ vom 10. Mai 2021 ist sodann betreffend Raynaud zu entnehmen, dass bei anamnestisch vorliegendem Raynaudphänomen eine Kapillarmikroskopie veranlasst worden sei, welche keine Hinweise auf eine organische Mikroangiopathie ergeben habe (UV-act. M45-2). Auch der Wirbelsäulenspezialist Dr. Q.____ äusserte sich am 1. Dezember 2022 dahingehend, dass das bekannte CRPS auf eine komplexe Verletzung am Fuss im Jahr 2019 zurückzuführen sei (UV-act. M64). Insgesamt erwecken die weitgehend einhelligen Berichte von fachärztlichen Behandlerinnen und Behandlern und das Gutachten der MGSG wiederum mehr als geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung von Dr. K.____ (vgl. wiederum E. 2.3) und hinterlassen beim Versicherungsgericht darüber hinaus keinerlei Zweifel daran, dass das bei der Beschwerdeführerin bis mindestens Mai 2023 vorhandene CRPS Typ I überwiegend wahrscheinlich sowohl natürlich als auch adäquat kausal zum Unfallereignis vom ____ Dezember 2019 ist. Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin allenfalls trotz Vorliegens eines unfallkausalen CRPS Typ I per 15. April 2021 vom medizinischen Endzustand ausgehen durfte. Angesichts des in E. 2.1 Gesagten besteht ein Endzustand in einem Gesundheitszustand, der als stabil bzw. beständig erscheint. Eine noch zu erwartende Verbesserung dieses Zustandes reicht nicht aus, um auf den Fallabschluss zu verzichten. Heilbehandlung und Taggeldleistungen sind so lange zu gewähren, wie die prognostizierte Verbesserung noch namhaft ist. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Die Möglichkeit einer namhaften Besserung ist prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (Nabold, a.a.O., S. 142 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin war laut Aktenlage wegen des CRPS Typ I ab Diagnosestellung am 26. März 2021 in M.____ und ab anfangs 2022 zusätzlich in der Klinik N.____ (UV-act. M59) in Behandlung. Ihren Angaben gegenüber den MGSG-Gutachtern zufolge wechselte sie im Dezember 2022 von der Klinik N.____ aufgrund eines kürzeren Anreiseweges zu Dr. med. R.____, Fachärztin für Anästhesiologie mit dem interdisziplinären Schwerpunkt von psychosomatischer und psychosozialer Medizin (act. G7.1 S. 23 des orthopädischen Hauptgutachtens, UV-act. M65-3 sowie UV-act. A176 mit einer Übersicht der Arztbesuche vom Dezember 2022). Letztere gestaltete die Behandlung unter anderem mit verschiedenen Medikamenten (act. G7.1 S. 13 des neurologischen Hauptgutachtens). Nachdem die zeitliche Überprüfungsbefugnis des Versicherungsgerichts sich lediglich bis zum Einspracheentscheid vom 11. Januar 2023 erstreckt (BGE 142 V 341 E. 3.2.2) und die Beschwerdeführerin noch im Dezember 2022, wie erwähnt, für die Weiterbehandlung des CRPS zu einer neuen Schmerzspezialistin wechselte, ist für den entscheiderelevanten Zeitraum bis 11. Januar 2023 durchaus noch von einem prospektiv besserungsfähigen Gesundheitszustand auszugehen. Folglich ist der von der Beschwerdeführerin am 18. November 2021 verfügte und am 11. Januar 2023 bestätigte Fallabschluss per 15. April 2021 verfrüht erfolgt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen zu Unrecht bereits per 15. April 2021 resp. faktisch per 18. November 2021 eingestellt und hat diese auch über dieses Datum hinaus zu erbringen. Nachdem die zeitliche Überprüfungsbefugnis des Versicherungsgerichts, wie gesagt, am 11. Januar 2023 endete (vgl. vorstehend E. 5.1), ist

festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen bis mindestens 11. Januar 2023 zu erbringen hat. Das (nach diesem Datum zu liegend kommende) Datum der Leistungseinstellung ist damit wieder offen und wird von der Beschwerdegegnerin neu festgelegt werden müssen. Über allfällige weitere Leistungen (Integritätsentschädigung und Rente) ist erst mit dem Erreichen des medizinischen Endzustandes zu entscheiden. Damit war offensichtlich auch die Zusprache einer auf einem Integritätsschaden von 10 % beruhende Integritätsentschädigung verfrüht. An dieser Stelle sei im Sinne eines obiter dictums jedoch darauf hingewiesen, dass die Begründung Dr. H.____s vom 12. Januar 2022 für einen 15%igen Schaden durchaus nachvollziehbar ist und bei einer abweichenden Einschätzung von Seiten der Beschwerdegegnerin eine zusätzliche medizinische Beurteilung und Begründung von Nöten sein wird, sollte sie zum Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht auf einen 15%igen Integritätsschaden erkennen wollen (UV-act. M58-4). Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 11. Januar 2023 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin für das Unfallereignis vom ____ Dezember 2019 bis mindestens 11. Januar 2023 die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeldleistungen) zu erbringen. Für die Zeit ab 12. Januar 2023 wird die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss neu zu prüfen und festzulegen und dannzumal die Dauerleistungen zu prüfen und zu verfügen haben. Hierzu ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Da die Beschwerdeführerin bei diesem Verfahrensausgang obsiegende Partei ist, hat sie Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden, durchschnittlich aufwändigen Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde im Sinne der Erwägungen wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Januar 2023 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin für das Ereignis vom ____ Dezember 2019 bis mindestens 11. Januar 2023 die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeldleistungen) zu erbringen. Für die Zeit ab 12. Januar 2023 wird die Sache zur Prüfung und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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