

200 22 765 UV
SCI/COC/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Juni 2023

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Zürich Versicherungsgesellschaft AG
Postfach, 8085 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. November 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1978 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war ab dem 1. Februar 2006 als ... beim C. _____ angestellt und dadurch bei der Zürich Versicherungsgesellschaft AG (Zürich bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss undatierter Schadenmeldung war die Versicherte am 29. August 2008 mit dem Motorrad unterwegs, als sie von einem Auto angefahren wurde. Dabei erlitt sie Brüche am rechten Unterarm, am rechten Unterschenkel und am rechten Fuss (Akten der Zürich [act. II] ZK1). Die besagten Brüche wurden am 29. August und 2. September 2008 operativ versorgt (Akten der Zürich [act. IIA] ZM2-ZM9). Die Zürich anerkannte für dieses Ereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. act. II ZK7). Dabei nahm sie unter Berücksichtigung weiterer operativer Eingriffe (act. IIA ZM57 f., ZM62, ZM65, ZM72, ZM83, ZM91) und eines stationären Aufenthalts in der Klinik D. _____, vom 5. April bis 15. Mai 2018 (act. IIA ZM129; Akten der Zürich [act. IIB] 109) diverse Abklärungen, namentlich durch die Gutachterstelle E. _____ für interdisziplinäre Begutachtungen (Gutachten vom 21. Februar 2011; act. IIA ZM56), durch die Klinik F. _____ (Gutachten vom 19. Juli 2016 [act. IIA ZM120] inkl. Evaluation der funktionellen Haushaltsfähigkeit [act. IIA ZM121]) und durch das G. _____ (MEDAS; Gutachten vom 20. Oktober 2020 [act. IIB 150]; vgl. auch die Ergänzungen zum Gutachten vom 29. März 2021 [act. IIB 171]) vor. Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen stellte die Zürich mit Verfügung vom 30. April 2021 (act. IIB 186) die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen rückwirkend per 31. August 2020 ein, ohne jedoch eine Rückforderung für bereits ausgerichtete Taggelder geltend zu machen. Ferner sprach sie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % zu und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Nachdem die Versicherte hiergegen Einsprache erhoben hatte (act. IIB 188), änderte die Zürich die besagte Verfügung mit Verfügung vom 9. März 2022 (act. IIB 205) insoweit ab, als sie der Versicherten ab dem 1. September 2020 eine Invalidenrente in der Höhe von Fr. 1'123.-- bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 20 % zusprach und soweit nach dem

31. August 2020 Taggelder ausgerichtet worden waren Verrechnung erklärte. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IIB 210, 216, 232) mit Entscheid vom 24. November 2022 (act. IIB 240) fest.

Im Jahr 2009 meldete sich die Versicherte zudem bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IV [act. III] 1.154), wobei das entsprechende Verfahren noch hängig ist.

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 24. November 2022 (act. IIB 240) erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, am 14. Dezember 2022 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 31. August 2020 hinaus. Eventualiter wurde die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks ergänzender Abklärungen beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 7. Februar 2023 edierte der Instruktionsrichter bei der IV-Stelle Bern die amtlichen Akten, welche in der Folge am 9. Februar 2023 beim Gericht eingingen.

Mit Schlussbemerkungen vom 1. März 2023 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen und Ausführungen fest. Mit Eingaben vom 13. und 21. März 2023 hielt die Beschwerdegegnerin ebenfalls an ihren Anträgen fest.

Am 29. März 2023 ging eine weitere Stellungnahme der Beschwerdeführerin beim Gericht ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 24. November 2022 (act. IIB 240). Streitig und zu prüfen ist er Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. August 2008 und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 31. August 2020 einstellte (Fallabschluss) und ab 1. September 2020 eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 20 % und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % zusprach.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin (zumindest implizit) eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Die Beschwerdegegnerin habe sich im angefochtenen Einspracheentscheid nicht mit den in der Einsprache vorgebrachten Argumenten namentlich zum Erreichen des medizinischen Endzustandes und zum natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den bestehenden psychischen Problemen und dem Unfall vom 29. August 2008 auseinandergesetzt (Beschwerde S. 5 Ziff. 6).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2022 IV Nr. 37 S. 122 E. 5.1).

2.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid einlässlich dargelegt, warum der Endzustand per 31. August 2020 erreicht war resp. warum ab dem 1. September 2020 Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 20 % besteht. Dabei hat sie sich zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. E. 2.2 hiervor). Der Beschwerdeführerin war es denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen im Einspracheentscheid und die zugestellten amtlichen Akten eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht ist vorliegend nicht erfolgt (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Selbst wenn von einer leichten Gehörsverletzung auszugehen wäre,

würde diese geheilt, da die Beschwerdeführerin sich vor dem angerufenen Gericht, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann, äussern konnte (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

3.

Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Anwendbar sind demnach vorliegend die bis 31. Dezember 2016 geltenden Normen.

3.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2022, 8C_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3).

3.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

3.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181; BGer 8C_596/2021, E. 3). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

3.2.3 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese

Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung.

3.3 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 163 E. 2.3).

3.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheits-

zustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

4.

4.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 29. August 2008 (vgl. act. II ZK1) einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 3.1 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden – namentlich am rechten Unterarm, am rechten Bein und am rechten Fuss – aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. u.a. act. II ZK7). Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 31. August 2020 abgeschlossen und der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 20 % eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % zugesprochen hat.

4.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

4.2.1 Nach dem Unfall vom 29. August 2008 war die Beschwerdeführerin vom 29. August bis 13. September 2008 im Spital H._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. September 2008 (act. IIA ZM9) wurden eine dislozierte laterale Malleolarfraktur rechts, eine dislozierte isolierte diaphysäre distale Ulnafraktur rechts, eine dislozierte subkapitale Fraktur Metatarsale II-IV rechts und eine Metatarsale V-Köpfchenfraktur mit Gelenkflächenbeteiligung, eine leichtgradige HWS-Distorsion und eine leichte normozytäre, normochrome Anämie diagnostiziert. Die besagten Frakturen wurden zeitnah am 29. August resp. 3. September 2008 im Spital H._____ operativ behandelt (act. IIA ZM9). Eine Amnesie oder Bewusstlosigkeit liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin gebe starke Schmerzen im Bereich des rechten Fusses, OSG (oberes Sprunggelenk) und Unterarm an (act. IIA ZM9). Im Eintritts- und Untersuchungsbefund

wurden der Kopf und die HWS als unauffällig beschrieben; Hirnnerven intakt, Pupillen prompt reaktiv, isokor, symmetrisch (act. IIA ZM8). Während der Hospitalisation habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen im HWS-Bereich paravertebral geklagt; diese hätten sich unter der analgetischen Therapie deutlich regredient gezeigt. Speziell die Therapie mit Sirdalud habe diesbezüglich Erfolg gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (act. IIA ZM7).

Im Bericht des Spitals H. _____ vom 11. Dezember 2008 (act. IIA ZM14) wurde der Verdacht auf ein CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) diagnostiziert. Der Beschwerdeführerin gehe es etwas besser, aber noch immer nicht sehr gut. Insbesondere im Nacken seien die Schmerzen stärker geworden. Die Arbeit habe sie noch nicht wieder aufgenommen (S. 1). Es werde der Übergang zu Vollbelastung und die Weiterführung der intensiven Physiotherapie empfohlen. Eine möglichst rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag wenigstens zu einigen Prozent sollte angestrebt werden (S. 2).

Im Bericht des Spitals H. _____ vom 10. Februar 2009 (act. IIA ZM16) wurde – neben dem Heilungsverlauf hinsichtlich des rechten Handgelenks und des rechten Fusses – ausgeführt, von Seiten der rezidivierenden Kopfschmerzen gehe es eher besser. Die Schmerzen seien seltener geworden, aber umso heftiger. Weiter wurde festgehalten, in beschränktem Umfang z.B. zwei Stunden täglich sei allenfalls ein Arbeitsversuch möglich. Als ... könnte die Beschwerdeführerin allenfalls in dieser Zeit kleinere ..., wo sie sitzen könnte.

4.2.2 Im Bericht des Zentrums I. _____ vom 23. Juni 2009 (act. IIA ZM22) wurden der Verdacht auf ein CRPS rechter Fuss (ICD-10 M89.9) und der Verdacht auf Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2) diagnostiziert. Die Beschwerden im Nacken/Kopfbereich seien auf myofaszielle Schmerztrigger zurückzuführen, die wahrscheinlich konsekutiv die beklagten Kopfschmerzen auslösen würden. Als schmerzunterhaltende Co-Faktoren seien die mangelnde Entspannungsfähigkeit und das nicht verarbeitete Unfallereignis zu werten (S. 1).

Im Bericht des Zentrums I. _____ vom 25. August 2009 (act. IIA ZM26) wurden ein Schmerzsyndrom rechter Fuss (ICD-10 M89.9), ein chronischer Kopfschmerz nicht spezifiziert (ICD-10 G44.2) und ein variables sensibles Hemisyndrom rechts neurologisch nicht zuordenbar (ICD-10 R20.8) diagnostiziert (S. 1). Die Ursache des Nackenschmerzes mit Ausstrahlung nach bifrontal, welcher ständig vorhanden sei mit einer Schmerzstärke von max. 9 von 10, sei neurologisch aktuell nicht zuordenbar. Bei Sturz mit dem Motorrad, beschädigtem Visier des Sturzhelms sowie anschliessend aufgetretener Gesichtsschwellung sei ein Kopfschmerz nach leichtgradigem Schädel-Hirntrauma in Betracht zu ziehen. Aktuell würden Gedächtnisstörungen beklagt. Bei Analgetika-Übergebrauch von Dezember 2008 bis April 2009 sei das Vorliegen eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes in Betracht zu ziehen, jedoch seit Absetzen dieser Medikamente im April 2009 sei es zu keiner Besserung des Kopfschmerzes gekommen. Das MRI des Schädels von Juli 2009 sei unauffällig gewesen (S. 4).

Im Bericht des Zentrums I. _____ vom 18. Februar 2010 (act. IIA ZM34) wurden ein Schmerzsyndrom rechter Fuss (ICD-10 M89.9), ein chronischer Kopfschmerz nicht spezifiziert (ICD-10 G44.2), ein variables sensibles Hemisyndrom rechts (ICD-10 R20.8), eine Schmerzstörung in Verbindung mit Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) und diskrete neuropsychologische attentionale Funktionsbeeinträchtigungen der Daueraufmerksamkeit bei chronischen Schmerzen und verminderter Belastbarkeit (ICD-10 F07.8) diagnostiziert (S. 1). Es sei darauf hinzuweisen, dass die subjektiven Beschwerden die tatsächlich objektivierbaren übersteigen würden. Die Verhaltensbeobachtung weise dabei darauf hin, dass die Wahrnehmung und die Verarbeitung subjektiv erlebter kognitiver Einbussen durch Katastrophisierung und Verunsicherung zu charakterisieren seien. Ätiologisch seien die beschriebenen leichten Einschränkungen attentionaler Funktionen im Sinne einer reduzierten Daueraufmerksamkeit und erhöhter Ermüdbarkeit mit den chronifizierten Schmerzen vereinbar. Differenzialdiagnostisch seien die reduzierte Daueraufmerksamkeit sowie die subjektiv beklagte gesteigerte Ermüdbarkeit auch mit den Folgen eines leichten Schädel-Hirntraumas vereinbar. Aktenanamnestisch wie auch in der von der Beschwerdeführerin berichteten Unfallanamnese zeigten sich nicht eindeutige Verweise auf das Vorliegen eines leichten Schädel-

Hirntraumas, wobei zeitnahe Dokumente zum Unfallereignis fehlten. Allerdings könne das beschädigte Helmvisier wie auch die Schwellung im unteren Kieferbereich auf eine Mitbeteiligung des Kopfes im Rahmen des Verkehrsunfalls hinweisen (S. 4).

4.2.3 Im interdisziplinären (chirurgischen, neurologischen, neuropsychiatrischen) Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 21. Februar 2011 (act. IIA ZM56) wurde ein Status nach Verkehrsunfall vom 29. August 2008 festgehalten (S. 60 Ziff. 6). Die Beschwerdeführerin leide an noch erheblichen Restbeschwerden am rechten Fuss (S. 57). Einzig ein operatives Vorgehen mit Korrektur des Vorfusses könne längerfristig der Beschwerdeführerin ein einigermaßen befriedigendes Resultat, das heisse weitgehende Beschwerdefreiheit bieten. Infolge der jetzigen Vorfussbeschwerden sei eine Arbeitsfähigkeit als ... in einem weitgehend stehenden Beruf höchstens teilweise gegeben. Dagegen sei der Beschwerdeführerin eine Verweistätigkeit hauptsächlich sitzend, mit gelegentlichem Stehen oder Gehen in vollem Pensum mit guter Schuhzurichtung, das heisse mit idealer retrokapitaler Abstützung, zumutbar. Nach gelungener Vorfusskorrektur sollte auch die Tätigkeit als ... wieder möglich sein (S. 58). Bezüglich der während des Unfalls erlittenen lateralen Malleolarfraktur rechts und der distalen Ulnaschaft-Fraktur rechts könne der Fall als folgenlos abgeheilt abgeschlossen werden (S. 59). Bezüglich der geklagten Kopf- und Nackenschmerzen hielten die Gutachter fest, beim Unfall habe keine Bewusstlosigkeit und/oder Amnesie bestanden und die Beschwerdeführerin habe während den ersten Tagen keinerlei Schmerzen des Nackens und des Kopfes beklagt. Eine Commotio cerebri oder ein noch schwereres Schädel-Hirntrauma sei somit ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin habe schon vor dem Unfall unter gelegentlichen Kopfschmerzen gelitten. Bezüglich einer Verletzung der Nackenwirbelsäule sei grundsätzlich ein komplexer Unfallmechanismus mit Kontusion/Distorsion beim erlittenen Sturz denkbar. Gemäss den früh angefertigten bildgebenden Untersuchungen hätten sich jedoch keine strukturellen Verletzungen (im Übrigen auch keine nennenswerten degenerativen Veränderungen) gezeigt. Bei den gutachterlichen Untersuchungen sei die Beschwerdeführerin in keiner Hinsicht in ihrer Nackenbeweglichkeit eingeschränkt gewesen und habe auch keinerlei muskuläre Verspannungen und Dolenzen des Nackens und des

Schultergürtels aufgewiesen. Allfällige Verletzungen hätten folglich unfallkausal im Mikrobereich (z.B. Muskelfaserläsionen) bestanden. Solche Verletzungen verheilten in aller Regel innerhalb weniger Wochen residuenfrei aus. Die jetzt noch bestehenden Nackenbeschwerden/Kopfschmerzen seien unspezifisch und stünden nur im möglichen unfallkausalen Zusammenhang (S. 60).

4.2.4 Im Verlauf erfolgten am 30. November 2011, am 6. Juni 2012, am 19. September 2012, am 6. März 2013, am 15. Oktober 2014 und am 7. Mai 2015 weitere operative Eingriffe insbesondere am rechten Fuss (act. IIA ZM57 f., ZM62, ZM65, ZM72, ZM83, ZM91).

4.2.5 Im interdisziplinären (orthopädisch-traumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der Klinik F. _____ vom 19. Juli 2016 (act. IIA ZM120) wurden ein "Töff-Unfall" vom 29. August 2008 mit dislozierter lateraler Malleolarfraktur rechts (ICD-10 S82.6), mit dislozierter distaler Ulnafraktur rechts (ICD-10 S52.8) und mit dislozierten subkapitalen Frakturen Metatarsale II bis IV rechts, Metatarsale V-Köpfchenfraktur mit Gelenkflächenbeteiligung (ICD-10 T14.2), eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und kein Hinweis auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine psychische Störung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung festgehalten. Nicht unfallkausal seien Kopfschmerzen unklarer Genese (S. 3 - 5).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit ihrem Unfall am rechten Vorfuss mehrfach operiert worden, ohne dass sich ihre Schmerzsituation wesentlich gebessert habe. Es zeige sich auch jetzt ein unbefriedigender, korrekturbedürftiger, schmerzhafter Befund. Die Beschwerdeführerin sei dadurch nicht nur beruflich und im Haushalt stark eingeschränkt, sondern auch in ihren sportlichen Aktivitäten, welche sie allesamt nicht mehr ausüben könne. Insgesamt liessen sich die geklagten Beschwerden in Einklang bringen mit den erhobenen radiologischen und klinischen Befunden. Es zeige sich kein Anhalt für Aggravation (S. 2).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, es werde zum ersten Mal die Diagnose einer relevanten Depression gestellt. Im Vordergrund stehe dabei eine schwere Antriebsstörung. Man könne davon ausgehen, dass die psy-

chische Verschlechterung in Richtung einer eigentlichen Depression laut Angaben der Beschwerdeführerin erst seit gut einem Jahr begonnen habe bzw. relevant geworden sei. Das aktuelle Schmerzerleben einerseits und auch die schlechte Funktionsfähigkeit (gerade im Alltag und im Haushalt) sei in wesentlichen Teilen auch ein Ausdruck der aktuellen, relevanten depressiven Verstimmung (S. 4). Zusammenfassend liege bereits seit längerem durch die insgesamt unbefriedigende Situation ein grosser psychischer Leidensdruck vor, der zumindest seit einem Jahr zu einer bisher unbehandelten depressiven Störung geführt habe. Man könne davon ausgehen, dass dieser psychische Leidensdruck auch die empfundene Schmerzintensität zusätzlich negativ beeinflusst habe (S. 5). Die Depression sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall und seine Folgen als unerlässliche Teilursache zurückzuführen (S. 6).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in ihrem bisherigen Beruf als ... seit dem Unfallereignis zu 100 % beeinträchtigt. Die Arbeitsfähigkeit in einer anderen Tätigkeit lasse sich nicht abschliessend beantworten, da noch kein Endzustand erreicht sei. Bei Besserung der Beschwerden durch konservative und/oder operative Massnahmen seien auf rein somatischem Fachgebiet vorwiegend sitzende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne häufige Geh- und Stehbelastungen denkbar. Dabei müsste die Beschwerdeführerin Gelegenheit haben, ihr rechtes Bein gelegentlich auf einen Stuhl hochzulegen (S. 7 Ziff. 8.1 f.).

4.2.6 Im weiteren Verlauf war die Beschwerdeführerin vom 5. April bis am 15. Mai 2018 in der Klinik D. _____ in stationärer psychiatrischer Behandlung. Im vorläufigen Austrittsbericht vom 15. Mai 2018 (act. IIA ZM129; vgl. auch act. IIB 109) wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Bei Aufnahme habe ein mittelgradig depressives Syndrom mit im Vordergrund stehendem Antriebs- und Freudverlust sowie Konzentrationsminderung imponiert. Die Beschwerdeführerin sei durch die Symptomatik in ihrer Funktionalität in den meisten Lebensbereichen deutlich eingeschränkt. In der durchgeführten Diagnostik hätten sich keine Hinweise auf eine organische Genese der Beschwerden ergeben (S. 1). Unter einer multimodalen Therapie im Rahmen des stationären Behandlungskon-

zepts für affektive Störungen sei es zu einer Teilremission der zur Aufnahme führenden Symptomatik und zur Verbesserung der Funktionalität im Alltag gekommen. Zum Entlassungszeitpunkt habe weiterhin eine Affektlabilität und eine verminderte Stresstoleranz bestanden. Zur Verringerung des Rückfallrisikos bei einer rezidivierenden depressiven Störung werde empfohlen, die medikamentöse Therapie bei guter Verträglichkeit in unveränderter Dosis bis zur Vollremission fortzuführen (S. 2).

4.2.7 Im interdisziplinären (internistischen, orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen) MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2020 (act. IIB 150) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), ein Status nach Motorradunfall am 29. August 2008 mit dislozierter lateraler Malleolarfraktur rechts, dislozierter distaler Ulnafraktur rechts, dislozierter subkapitaler Fraktur Metatarsale II bis V rechts sowie chronische Kopfschmerzen vom Spannungskopfschmerztyp diagnostiziert (S. 8 f. Ziff. 3).

Aus internistischer Sicht bestünden keine Befunde oder Diagnosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten (S. 5).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, die Funktion des rechten Armes und des rechten Sprunggelenkes sei völlig uneingeschränkt, die Beschwerdeführerin nenne an diesen beiden Verletzungsbereichen keine Bewegungs- oder Druckschmerzhaftigkeit. Am rechten Fuss liege eine ausgeprägte Fehlstellung des vorderen Fussgewölbes und der Zehen D1 bis D4 vor. Die Beweglichkeit der Zehengelenke sei stark eingeschränkt, zum Teil seien diese eingesteift. Die ausgeprägten Hyperkeratosen an beiden Füßen liessen eine deutliche Geh- und Stehleistung im Alltag ableiten. Bei der Messung der Beinumfangs ergebe sich im Seitenvergleich eine leichte Minderung des Wadenumfangs rechts als möglicher Hinweis auf eine verminderte Belastung des rechten Beins. Die Einlagenversorgung sei als völlig insuffizient zu betrachten. Die Vorfusspelotte sei nicht in der Lage, das hohe vordere Fussgewölbe zu stützen. Dies drücke sich auch in einer verstärkten Belastung der Einlage im Bereich des Grosszehengrundgelenks aus. Zudem seien die flexiblen Sportschuhe und die flexible Einlage nicht geeignet den Reizzustand im Grosszehengrundgelenk zu mildern (S. 6 f.).

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, es bestünden chronische Schmerzen im Bereiche des rechten Fusses, für welche sich keine neuropathische Ursache finde. Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (Morbus Sudeck) liege heute nicht (mehr) vor. Es sei möglich, dass sich die im Rahmen des Morbus Sudeck in der Vergangenheit aufgetretenen Schmerzen chronifiziert hätten. Bei den Kopfschmerzen handle es sich am ehesten um einen Spannungskopfschmerz. Ein direkt kausaler Zusammenhang mit dem Unfall im Jahr 2008 - etwa im Rahmen einer Mitverletzung im Bereiche des Schädels - sei in der Vergangenheit diskutiert worden. Heute liessen sich weder aufgrund der aktuellen noch der aktenkundigen Befunde sichere Hinweise darauf finden, dass die Beschwerdeführerin 2008 ein Schädel-Hirntrauma erlitten habe. Es sei aber denkbar, dass die Kopfschmerzen durch den übermässigen Gebrauch von Analgetika verschlechtert oder unterhalten würden, im Sinne eines Medikamentenübergebrauchkopfschmerzes. Die Beschwerdeführerin gebe an, sehr häufig NSAR und Analgetika einzunehmen. Sie klage über eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht sei diese eher nicht als Unfallfolge (etwa als Folge einer Hirnverletzung durch ein leichtes Schädel-Hirntrauma) zu interpretieren (S. 7).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mittelgradige depressive Störung. Sämtliche Medikamente seien nicht messbar, das heisse, dass die Beschwerdeführerin weder die Antidepressiva noch die Analgetika regelmässig einnehme. Es handle sich bei der Beschwerdeschilderung um vorwiegend subjektive Angaben. Objektive Befunde seien in ihrer Bedeutung schwer zuzuordnen. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Verhalten sehr auffällig, demonstrativ. Die Schilderungen wirkten zum Teil übertrieben, zum Teil auch unglaubhaft (S. 7 f.).

Aus neuropsychologischer Sicht hätten sich in ihrer Ausprägung nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, mnestiche Funktionen, Exekutivfunktionen, Visuo-Konstruktion und Kulturtechniken mit/bei Leistungsverzerrung unbekannter Ursache ergeben. Die von der Beschwerdeführerin gezeigten Leistungen entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Grundsätzlich könnten kognitive

Defizite mit Auswirkungen auf die Alltags- und Berufsfunktionalität vorliegen, mit den aktuellen Befunden könne hinsichtlich Art, Ausmass und Ätiologie jedoch keine Aussage getroffen werden. Mögliche Ursachen für allfällig bestehende neurokognitive Minderleistungen könnten in der gesundheitlichen Gesamtsituation (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und die Schmerzproblematik) zu finden sein. Jedoch könnten diese möglichen Ursachen weder das Ausmass der nicht validen Befunde noch die Resultate in der Performanzvalidierung (auch nicht in Kombination) erklären (S. 8).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, die belastungsabhängigen Schmerzen im Vorfuss, insbesondere im Bereich des Grosszehengrundgelenks, seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Allerdings sei das Ausmass der angegebenen Beschwerden und insbesondere der angegebenen Leistungseinschränkung nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin trage keine Einlagen oder Spezialschuhe, durch welche die aktuell beklagten Fussbeschwerden sicher deutlich verbessert würden. Zudem zeige eine deutliche Hyperkeratose, dass sie deutlich mehr als angegeben gehfähig sein dürfte. Die Beschwerdeführerin sei erstmals im Gutachten der Klinik F. _____ vom 19. Juli 2016 als psychisch belastet beschrieben worden. Eine erste schwerwiegende psychische Symptomatik sei erst sieben Jahre nach dem Unfall dokumentiert. Aufgrund dieses Zeitabstandes zum Unfallereignis könne ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der heute vorliegenden mittelschweren Depression nicht mehr hergestellt werden. Ein Kausalzusammenhang sei damit als eher unwahrscheinlich zu werten (S. 10 Ziff. 4.5.1; vgl. auch S. 11 ff. Ziff. 4.5.2.1 f.). Der Endzustand könne anatomisch/funktionell als erreicht betrachtet werden, dies spätestens ab dem Gutachtenzeitpunkt. Allerdings wäre durch eine adäquate Einlagen-/Schuhversorgung eine rasche Schmerzminderung zu erwarten. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der vorliegenden Inkonsistenzen zum Endzustand keine schlüssige Aussage gemacht werden (S. 15 Ziff. 4.6.2). Die Beschwerdeführerin könne alleine aufgrund der unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine mehrheitlich im Sitzen ausgeführte Tätigkeit als ..., zum Beispiel bei einem ..., zu 80 % ausführen. Arbeiten, bei denen längere Gehstrecken zurückgelegt oder Gewichte über 5 kg ge-

tragen werden müssten, führten auch bei optimaler Einlagenversorgung zu einer Schmerzverstärkung im Bereich des rechten Fusses (S. 15 Ziff. 4.7.1). Bei einer klassischen ...tätigkeit, welche grösstenteils im Stehen durchgeführt werde und zudem repetitiv kleine Wegstrecken zurückgelegt werden müssten, liege die Beeinträchtigung bei 50 %. Diese gelte auch für die Arbeit einer Es gebe jedoch Arbeitsbereiche, in denen die ... mehrheitlich im Sitzen arbeiten könne (zum Beispiel bei einem ...). Angepasst an die Schmerzverstärkung durch längeres Stehen und Gehen bestehe in einer solchen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (S. 16 Ziff. 4.8.1). Eine wechselbelastende leichte körperliche Tätigkeit mehrheitlich im Sitzen mit kurzen Gehstrecken wäre zu 80 % ausführbar. Dabei wäre das repetitive Hantieren von Gewichten bis maximal 5 kg genauso möglich wie Arbeiten über Kopfhöhe. In optimal angepasster Tätigkeit ergäben sich keine zeitlichen Einschränkungen aufgrund der Unfallfolgen. Die 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Rendementverminderung erkläre sich mit den belastungsabhängigen Schmerzen und dadurch erhöhtem Pausenbedarf. Schwerarbeiten und mittelschwere Arbeiten, Arbeiten mit längeren Gehstrecken und repetitives Heben von Gewichten über 5 kg seien nicht möglich. Bezüglich Arbeiten über Schulterhöhe bestünden keine zusätzlichen Einschränkungen (S. 17 Ziff. 4.8.2).

4.2.8 Nachdem die Beschwerdeführerin Kritik am MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2020 (act. IIB 150) geäussert hatte (act. IIB 159 und 169), nahmen die MEDAS-Gutachter am 29. März 2021 Stellung (act. IIB 171). Aus psychiatrischer Sicht sei bereits eingehend begründet worden, weswegen die psychische Funktionsstörung, welche zudem mit deutlichen Inkonsistenzen behaftet sei und welche ausschliesslich auf subjektiven Angaben gründe, nicht in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 2008 stehe (S. 2). Insbesondere aufgrund der Chronologie der (psychiatrischen) Behandlungen sei davon auszugehen, dass die psychische Situation der Beschwerdeführerin nicht mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis zusammenhänge. Zudem liessen sich in der psychiatrischen Untersuchung sehr deutliche Inkonsistenzen finden, sei dies bezüglich der Medikamenteneinnahme, in der neuropsychologischen Testung oder auch den angegebenen Funktionseinschränkungen, die nicht mit einer mittelschweren depressiven Episode in Einklang stünden, sondern als

deutlich übertrieben bezeichnet werden müssten. Deshalb müsse auf eine hochwahrscheinliche Aggravation, wenn nicht Simulation hingewiesen werden (S. 4). Die Beschwerdeführerin habe ohne Zweifel eine komplexe und langwierige Problematik im Bereich des rechten Fusses hinter sich. Dies werde im orthopädischen Teil des Gutachtens ausführlich und vollumfänglich gewürdigt. Auch sei die residuale Symptomatik keineswegs als befriedigend zu betrachten. Aufgabe der Begutachtung sei jedoch gewesen, die aktuelle Funktionsstörung des Fusses möglichst nach objektiven Kriterien zu beurteilen. Hierbei spielten unter anderem auch indirekte Zeichen des Leidensdruckes und der eigentätigen Massnahmen zur Minimierung der Funktionsstörung eine Rolle. Insofern sei die spontane Wahl des getragenen Schuhwerkes auch ein Hinweis auf die Funktionsstörung des Fusses. Da die Symptomatik am Fuss ausschliesslich auf den Vorfuss lokalisiert worden sei, seien seitens der Beschwerdeführerin Massnahmen zu erwarten, welche zu einer Verminderung der statischen und dynamischen Belastung des Vorfusses führten. Insofern sei auffällig, dass die Beschwerdeführerin Sportschuhe getragen habe mit ausgeprägter Biegsamkeit im Bereich der Metatarsalia (S. 4 f.). Posttraumatische Kopfschmerzen bildeten sich nur bei sehr wenigen Patienten nicht innert einem Jahr nach Unfall zurück. Es sei auch nicht plausibel, dass unfallverursachte Beschwerden nach dem Unfall an Intensität zunehmen. Das Gegenteil sei normal: Nach einem Unfall trete in der Regel ein Genesungsprozess ein und die unfallbedingten Beschwerden nähmen dadurch ab (S. 6). Zudem habe die Beschwerdeführerin kein Schädel-Hirntrauma erlitten und ein HWS-Trauma sei nicht nachgewiesen worden (S. 7).

4.2.9 Vom 9. Mai bis 12. Juni 2021 war die Beschwerdeführerin im Zentrum J._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 12. Juni 2021 (act. IIB 195) wurden ein hirnorganisches Psychosyndrom nach leichtem Schädel-Hirntrauma 2008 (ICD-10 F07.2) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.11), diagnostiziert (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei zur neurologischen Rehabilitation bei bestehenden neuropsychologischen Defiziten und reduzierter Leistungsfähigkeit bei Status nach Motorradunfall im Jahr 2008 überwiesen worden. Im Rahmen der Rehabilitation hätten die guten Ressourcen (unauffällige mnestiche Funktionen, gute Bereitschaft, objektiv deutlich bessere Leis-

leistungsfähigkeit als subjektiv geschätzt) objektiviert werden können. Die Beschwerdeführerin sei darauf hingewiesen und ermutigt worden, im klinischen Alltag aktiv zu bleiben. Weiterhin seien Strategien erlernt worden, um täglich die Leistungsfähigkeit zu trainieren ohne in Überforderung zu kommen. Im Rahmen des arbeitsorientierten Programms hätten bis zum Austritt eine dreistündige Präsenzzeit mit einer einstündigen Pause dazwischen erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin sei in deutlich verbessertem allgemeinen Zustand nach Hause entlassen worden (S. 2).

4.2.10 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 20. Oktober 2022 (act. IIB 231) einen Hallux flexus bei eingesteiftem MTP1 und Metatarsalgie MT1 Fuss rechts. Die Beschwerdeführerin leide an zunehmenden Beschwerden plantar unter dem Metatarsale 1-Köpfchen. Sie habe täglich Schmerzen, welche bei Belastung zunähmen. Ausserdem könne sie wegen den Schmerzen im Fuss auch nicht längere Strecken laufen oder länger stehen (S. 1). Mit einer Operation könne wahrscheinlich ein Teil der Beschwerden verbessert werden. Dabei seien zwei Operationsvarianten denkbar. Es gebe jedoch keine Operation, welche die Beschwerdeführerin schmerzfrei mache. Sie werde auch mit keiner Operation je wieder in ihren Beruf als ... zurückkehren können. Es sei nicht klar, warum in den letzten 14 Jahren keine Umschulung seitens der Unfallversicherung bzw. kein Bestreben seitens der Beschwerdeführerin diesbezüglich erfolgt sei. Ferner gebe die Beschwerdeführerin an, eine orthopädietechnische Versorgung zu besitzen, habe diese aber nicht zur Untersuchung mitgebracht (S. 2).

4.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2020 (act. IIB 150) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Die Beurteilung basiert auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 sowie E. 4.3 hiervor). Ferner haben die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 29. März 2021 (act. IIB 171) einlässlich und überzeugend zur Kritik des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Stellung genommen. Auf dieses Gutachten samt Stellungnahme ist abzustellen.

4.4.1 Die MEDAS-Gutachter haben einleuchtend und nachvollziehbar dargelegt, dass die Beschwerdeführerin insbesondere an einem Status nach Motorradunfall am 29. August 2008 mit dislozierter lateraler Malleolarfraktur rechts, dislozierter distaler Ulnafraktur rechts, dislozierter subkapitaler Fraktur Metatarsale II bis V rechts, an chronischen Kopfschmerzen vom Spannungskopfschmerztyp und an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, leidet (act. IIB 150 S. 8 f. Ziff. 3). Die bestehenden belastungsabhängigen Schmerzen im Vorfuss sind auf den Unfall vom 29. August 2008 zurückzuführen, was unbestritten ist und Rückhalt in den vorliegenden Akten findet. Gleichzeitig legten die Gutachter wohlbegründet und in Übereinstimmung

mit den Akten dar, warum die bestehenden Kopfschmerzen und die depressive Symptomatik nicht auf das besagte Unfallereignis zurückzuführen sind (act. IIB 150 S. 7, S. 10 Ziff. 4.5.1).

4.4.2 Die gegen die Einschätzung der MEDAS-Gutachter beschwerde-weise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Namentlich ändert nichts, dass im Gutachten der Klinik F._____ vom 19. Juli 2016 (act. IIA ZM120) die Unfallkausalität der Depression bejaht worden war (S. 6 oben). Die MEDAS-Gutachter haben sich einlässlich mit der Unfallkausalität der bestehenden depressiven Symptomatik auseinandergesetzt. Dabei haben sie schlüssig und mit den Akten in Übereinstimmung stehend dargelegt, dass namentlich aufgrund des grossen Zeitabstandes zwischen dem Unfallereignis und dem erstmaligen Auftreten der (psychischen) Beschwerden im Jahr 2016 – d.h. sieben Jahre nach dem Unfall – ein Zusammenhang zwischen der bestehenden depressiven Symptomatik und dem Unfall vom 29. August 2008 zu verneinen ist (act. IIB 150 S. 10 Ziff. 4.5.1; act. IIB 171 S. 4).

Weiter ist hervorzuheben, dass die MEDAS-Gutachter bezüglich des bestehenden Leidensdrucks zutreffend auf diverse Inkonsistenzen hingewiesen haben: Aus psychiatrischer Sicht legten sie dar, dass der Medikamentenspiegel nicht messbar war (weder Antidepressiva noch Analgetika) und dass die angegebenen Funktionseinschränkungen nicht mit einer mittelschweren depressiven Episode in Einklang stehen. Die neuropsychologische Abklärung erbrachte keine validen Befunde und schlechte Resultate in der Performance-Validierung (act. IIB 171 S. 4; act. IIB 150 S. 7 f.). Nichts an der Überzeugungskraft der gutachterlichen Beurteilung ändert – entgegen der Behauptung in den Schlussbemerkungen vom 1. März 2023 (S. 6 f.) –, dass bei der Beschwerdeführerin gewisse Antidepressiva resp. deren Wirkstoffe beschleunigt abgebaut werden sollen (Bericht der L._____ AG vom 31. Mai 2019; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 5), zumal das von ihr eingenommene Antidepressivum Trittico (act. IIB 150 S. 51) den Wirkstoff Trazodon hydrochlorid aufweist (vgl. die entsprechenden Angaben unter: www.compendium.ch), welcher nicht auf der Liste der Wirkstoffe ist, die vom beschleunigten Abbau betroffen sein sollen (act. I 5 S. 4). Diesbezüglich ist zudem darauf hinzuweisen, dass es während des

Aufenthalts in der Klinik D. _____ insbesondere unter medikamentöser Therapie zu einer Teilremission der depressiven Symptomatik gekommen ist (act. IIA ZM129 S. 2). Damit scheinen Antidepressiva bei der Beschwerdeführerin durchaus zu wirken, auch wenn sie allenfalls beschleunigt abgebaut werden (ob diese Wirkung durch eine höhere Dosis oder das Ausweichen auf einen Alternativwirkstoff – wie im besagten Bericht empfohlen – erreicht wurde, kann hier offen bleiben). Und schliesslich sind Analgetika, welche ebenfalls im Medikamentenspiegel nicht messbar waren (act. IIB 150 S. 7), offenbar vom beschleunigten Abbau nicht betroffen (vgl. act. I 5). All dies spricht klar gegen einen massgeblichen Leidensdruck. Weiter weisen die MEDAS-Gutachter auch aus somatischer Sicht auf Inkonsistenzen hin, nämlich auf die festzustellende Fussbeschwiellung und den Umstand, dass eine vollständig ungenügende Einlagenversorgung festzustellen war (act. IIB 171 S. 4 f.; act. IIB 150 S. 6 f. und S. 10 Ziff. 4.5.1). Diesbezüglich ist insbesondere bemerkenswert, dass die Beschwerdeführerin, obwohl über massive Schmerzen klagend, die orthopädietechnische Versorgung selbst zur Untersuchung bei Dr. med. K. _____ (und nicht nur anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS-Gutachter) nicht getragen bzw. mitgebracht hat (vgl. act. IIB 231 S. 2). Ferner ist zusätzlich zu erwähnen, dass die Angabe der Beschwerdeführerin selbst, sie sei stark im Nehmen und könne mehrere Stunden stehen und auch mehrere Stunden gehen, mit der angeblich vollständigen Inaktivität nicht, jedoch mit der erwähnten Fussbeschwiellung, korrelierend ist. Berichtet wird weiter von regelmässigem Fahrradfahren. In der täglichen Routine gehe sie maximal zwei Stunden. Sie breche diese kürzeren Spaziergänge jedoch nicht schmerzbedingt ab, sondern weil sie einerseits müde sei und andererseits auch noch andere Dinge zu tun habe (act. IIB 150 S. 3, S. 46, S. 82). An den aufgezeigten Inkonsistenzen ändert auch nichts, dass im Bericht zur Evaluation der funktionellen Haushaltstätigkeit der Klinik F. _____ vom 19. Juli 2016 (act. IIA ZM121 S. 21) die Konsistenz als gut beurteilt worden war (Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin vom 1. März 2023 S. 6 Ziff. 5). Denn diese beruht fast ausschliesslich auf den von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Einschränkungen, berücksichtigt jedoch nicht die tatsächlichen, objektiv medizinisch zu begründenden Einschränkungen.

Nichts an der Massgeblichkeit des MEDAS-Gutachtens ändert weiter, dass im (nach dem Gutachten erstellten) Austrittsbericht des Zentrums J. _____ vom 12. Juni 2021 (act. IIB 195) ein hirnorganisches Psychosyndrom nach leichtem Schädel-Hirntrauma 2008 und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, diagnostiziert wird (S. 1). So findet in diesem Bericht keine Auseinandersetzung mit der umfangreichen Aktenlage und der Gesamtproblematik statt. Vielmehr wird auf die subjektive Überzeugung der Beschwerdeführerin, leistungsunfähig zu sein, abgestellt. Aus den echtzeitlichen Akten geht – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5) – nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 29. August 2008 ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Das Gegenteil ist der Fall. Alle massgeblichen Anzeichen für ein Schädel-Hirntrauma waren negativ. Nach dem Unfall traten namentlich keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie auf und die Befunde bei der Spitalaufnahme wie auch während der darauf folgenden Tage waren unauffällig (act. IIA ZM8). Im echtzeitlichen Austrittsbericht des Spitals H. _____ vom 13. September 2008 (act. IIA ZM9) wurde – neben den Frakturen die rechte Körperseite betreffend – einzig eine leichtgradige HWS-Distorsion diagnostiziert. Das MRI vom 31. August 2008 zeigte ausser einer Streckhaltung der HWS keine Auffälligkeiten (act. IIA ZM8). Die im Verlauf geltend gemachten Beschwerden im Nacken/Kopfbereich (vgl. Berichte des Spitals H. _____ vom 11. Dezember 2008 [act. IIA ZM14] und vom 10. Februar 2009 [act. IIA ZM16]) wurden auf myofaszielle Schmerztrigger – und nicht auf ein Schädel-Hirntrauma – zurückgeführt. Ferner wurden als Co-Faktoren die mangelnde Entspannungsfähigkeit und das nicht verarbeitete Unfallgeschehen erwähnt (Bericht des Zentrums I. _____ vom 23. Juni 2009 [act. IIA ZM22]). Auch das MRI des Schädels nativ und mit Kontrastmittel vom 16. Juli 2009 zeigte einen normalen Befund und somit keinen Hinweis auf eine organische Hirnschädigung (act. IIA ZM26.2). Erstmals im Bericht des Zentrums I. _____ vom 25. August 2009 (act. IIA ZM26) – und damit ein Jahr nach dem Unfallereignis – wurde ein chronischer Kopfschmerz nach leichtgradigem Schädel-Hirntrauma in Betracht gezogen, wobei im selben Bericht von einer nach dem Unfall aufgetretenen Gesichtsschwellung gesprochen wird, welche jedoch nicht ausgewiesen ist. In keinem echtzeitlichen Arztbericht wurde eine solche Gesichtsschwellung dokumentiert. Im Gegenteil, im Austrittsbericht des Spitals H. _____ vom 13. September

2008 (act. IIA ZM9) wurden der Kopf und die HWS als unauffällig beschrieben (act. IIA ZM8), was klar gegen eine Gesichtsschwellung und damit gegen ein Schädel-Hirntrauma spricht. Dass später behandelnde Ärzte die Darstellung der Beschwerdeführerin unkritisch (und unzutreffend) übernommen und zur Basis ihrer Beurteilung gemacht haben, ist nicht geeignet, Zweifel am MEDAS-Gutachten zu wecken.

Dass die Beschwerdeführerin am 12. Dezember 2008 anlässlich eines Patientenbesuchs angegeben hat, dass am zweiten Tag nach dem Unfall ihr Gesicht geschwollen gewesen sei (act. IIA Z18 S. 2), ändert daran ebenfalls nichts. Es handelt sich hierbei einzig um subjektive Angaben der Beschwerdeführerin, die echtzeitlich nie objektiviert worden waren. Gestützt auf die Akten und die eigene Untersuchung wurde im Übrigen bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 21. Februar 2011 (act. IIA ZM56) nachvollziehbar und überzeugend ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat (S. 60). Schliesslich gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem neuropsychiatrischen Gutachter der Begutachtungsstelle E. _____ selber an, dass die Kopfschmerzen nicht sofort nach dem Unfall auftraten, sondern sich erst im Dezember 2008 deutlich manifestierten bzw. ihr bewusst wurden (act. IIA ZM56 S. 38). Diese Beurteilung wurde in der Folge vom MEDAS-Neurologen überzeugend bestätigt (act. IIB 150 S. 7).

4.4.3 Weiter kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als ... (wenn mehrheitlich im Sitzen ausgeführt) wie auch in einer anderen angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, körperlich leicht, mehrheitlich im Sitzen, mit kurzen Gehstrecken, mit repetitivem Hantieren von Gewichten bis maximal 5 kg) zu 80 % arbeits- und leistungsfähig ist. Dabei erklärten sie die bestehende 20 %-ige Rendementverminderung plausibel mit dem erhöhten Pausenbedarf aufgrund der belastungsabhängigen Schmerzen (S. 16 f. Ziff. 4.8.1 f.). Dass die Gutachter mit Verweis auf die Tätigkeit als ... zur Frage des Betätigungsfeldes Stellung genommen haben, ist hier nicht zu beanstanden. Zwar sind erwerbliche Fragen grundsätzlich von der Verwaltung zu beurteilen. Im Bereich der medizinischen Berufe sind indessen die Gutachter mit den dortigen Anforderungen bestens vertraut und sie verfügen über das

entsprechende vertiefte Wissen, auch Aspekte der konkreten Anwendbarkeit des medizinischen Zumutbarkeitsprofils in ihrem Fachbereich zu beurteilen.

5.

5.1 Auf der Basis ihrer medizinischen Beurteilung haben die MEDAS-Gutachter hinsichtlich der Frage des Fallabschlusses (vgl. E. 3.3 hiervor) in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass – im Zusammenhang mit den unfallkausalen belastungsabhängigen Beschwerden am rechten Vorfuss (vgl. E. 4.4.1 hiervor) – der Endzustand per Gutachtenszeitpunkt, d.h. per August 2020 (act. IIB 150 S. 2), erreicht ist (S. 15 Ziff. 4.6.2) und damit von weiteren medizinischen Behandlungen – namentlich von weiteren operativen Massnahmen (S. 14 Ziff. 4.6.1) – keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Dass die Gutachter gleichzeitig zum Schluss kamen, dass durch eine adäquate Einlagen-/Schuhversorgung eine rasche Schmerzminderung zu erwarten wäre (S. 15 Ziff. 4.6.2), ist für die Beurteilung des Fallabschlusses im Übrigen nicht relevant, zumal diese einfach und kostengünstig verfügbare Versorgung keine ärztliche Behandlung darstellt.

Dass Dr. med. K. _____ im Bericht vom 20. Oktober 2022 (act. IIB 231 S. 2) eine weitere Operation am rechten Fuss als notwendig erachtet (vgl. auch Beschwerde S. 6 Ziff. 8.1), vermag die Beurteilung der MEDAS-Gutachter bezüglich des Endzustandes nicht in Zweifel zu ziehen. Diesbezüglich wies die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin (Beschwerdeantwort S. 3 f. Ziff. 8), dass sich aus dem besagten Bericht gerade nicht ergibt, dass durch eine weitere Operation eine namhafte Besserung erwartet werden kann und die Orthopädin lediglich von einer wahrscheinlichen Beschwerdeverbesserung sprach sowie gleichzeitig hervorhob, dass mit keiner Operation eine Beschwerdefreiheit erreicht werden könne. Zudem reicht gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine noch zu erwartende Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht aus, um auf den Fallabschluss zu verzichten; Taggeld und Heilbehandlung sind so lange zu gewähren, wie die prognostizierte Verbesserung noch namhaft ist, unbedeu-

tende Verbesserungen genügen nicht. Die namhafte Verbesserung bezieht sich hierbei in erster Linie auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in der angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, so wird der Fall in der Regel abzuschliessen sein, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 144; Entscheid des BGer vom 2. November 2009, 8C_432/2009, E. 5.1). Dies trifft hier zu. Die Beschwerdeführerin ist gemäss dem nachvollziehbaren und überzeugenden MEDAS-Gutachten in ihrer angestammten Tätigkeit als ... mit eingeschränktem Einsatzgebiet und einer 20 %-igen Rendementverminderung zu 100 % arbeitsfähig (vgl. E. 4.4.3 hiervor). Soweit Dr. med. K._____ kritisiert, dass seitens der Beschwerdegegnerin keine Umschulung erfolgt ist (act. IIB 231 S. 2), ist festzuhalten, dass nicht die Unfallversicherung, sondern die IV für berufliche Massnahmen zuständig ist. Durch ihren Wegzug nach und jahrelangem Verbleiben in ... waren solche Bemühungen der IV nicht möglich (vgl. act. III 1.105, 1.112, 1.130, 1.138, 1.143).

Letztlich bleibt hervorzuheben, dass die psychischen Beschwerden keinen Aufschub des Fallabschlusses bewirken, da sie für die Beurteilung der Adäquanz bei der hier zur Anwendung gelangenden sog. Psychopraxis (vgl. hierzu E. 6.1 hiernach) unberücksichtigt zu bleiben haben (Entscheid des BGer vom 12. September 2018, 8C_493/2018, E. 3.2).

Zusammenfassend können keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung der MEDAS-Gutachter zum Erreichen des Endzustandes per 31. August 2020 ausgemacht werden. Da sich nach dem Ausgeführten der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt erweist und weitere Beweismassnahmen keinen Erkenntniszuwachs bringen, ist – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 7) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

5.2 Abschliessend bleibt festzuhalten, dass selbst wenn zwischen den psychischen Beschwerden resp. den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallfolgen und dem Unfall vom 29. August 2008 ein natürlicher

Kausalzusammenhang bestehen würde, es vorliegend an dem für die Leistungspflicht im Weiteren vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhang fehlen würde (vgl. E. 6 hiernach).

6.

Die Adäquanzprüfung allfälliger psychischer Gesundheitsschäden wäre hier (unbestrittenermassen) nach der sogenannten Psychopraxis durchzuführen (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Zwar erlitt die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 29. August 2008 unter anderem eine leichtgradige HWS-Distorsion (act. IIA ZM9) und damit grundsätzlich eine unter die sog. Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109) fallende Verletzung, jedoch präsentierte sich nicht innerhalb der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden ein buntes Beschwerdebild in der Halsregion und der HWS, sodass psychische Aspekte bei der nachfolgenden Prüfung der Adäquanz auszunehmen sind.

6.1 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banales), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig be-

antworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufter oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Beja-

hung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

6.2 Der Unfallhergang wurde im Polizeirapport der Kantonspolizei M._____ vom 19. September 2008 (act. II [amtliche Akten] S. 7) wie folgt beschrieben: Objekt 1 fuhr mit seinem Personenwagen auf der Hauptstrasse von ... Richtung Gemäss seinen Aussagen beabsichtigte der Lenker von Objekt 1 auf der Höhe der ... Station nach links abzubiegen. Dazu stellte er angeblich den linken Blinker und holte leicht nach rechts aus, um auf die linksseitigen Parkplätze zu gelangen. Die hinter ihm fahrende Motorradlenkerin, Objekt 2 (d.h. die Beschwerdeführerin), erklärte, dass sie nur die Bremslichter jedoch keinen gestellten Blinker gesehen habe. Als gemäss ihren Aussagen Objekt 1 nach rechts an den Strassenrand (auf den dortigen Parkplatz) fuhr, begann Objekt 2 das Überholmanöver. Folglich kam es zwischen den beiden Fahrzeugen zu einer heftigen seitlichen Kollision. Dabei zog sich die Lenkerin von Objekt 2 schwere Verletzungen zu.

6.3 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte das Ereignis vom 29. August 2008 als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (act. IIB 240 S. 5 Ziff. 9.2.2). Dies ist – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 8) – nicht zu beanstanden. Zwar zeigt die reiche Kasuistik bezüglich Unfällen zwischen Autos und Motorrädern, dass Kollisionen in der Regel als mittelschwere Unfälle im engeren Sinne beurteilt werden (Entscheidung des BGer vom 10. März 2020, 8C_627/2019, E. 5.3.3, mit zahlreichen Beispielen). Mit Blick auf die ermittelte Relativgeschwindigkeit der beiden Fahrzeuge bei der Erstberührung vom maximal 25 km/h, auf die Tatsache, dass die Fahrzeuge nur geringe Deformationen aufwiesen und auf den Umstand, dass das Motorrad der Beschwerdeführerin erst umkippte, nachdem sich die Fahrzeuge getrennt hatten (Biomechanische Beurteilung der N._____ vom 3. Mai 2010; act. II ZK 104 S. 2), ist die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten ausgegangen. Damit müssten von den hier-

vor dargestellten Adäquanzkriterien mindestens vier in der einfachen Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (vgl. E. 6.1 hiavor).

6.4 Die Prüfung der einzelnen adäquanzrelevanten Kriterien ergibt folgendes Bild:

6.4.1 Dem Unfallereignis vom 29. August 2008 muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGE 148 V 301 E. 4.4.3 S. 308). Besonders dramatische Begleitumstände sind nicht auszumachen. Das Kriterium wurde bzw. wird denn auch nur in deutlich gravierenderen Fällen bejaht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 69 f.). Das entsprechende Adäquanzkriterium ist somit nicht erfüllt.

6.4.2 Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall vom 29. August 2008 insbesondere eine dislozierte laterale Malleolarfraktur rechts, eine dislozierte isolierte diaphysäre distale Ulnafraktur rechts, eine dislozierte subkapitale Fraktur Metatarsale II-IV rechts und eine Metatarsale V-Köpfchenfraktur mit Gelenkflächenbeteiligung (act. IIA ZM9). Diese Verletzungen sind von einer gewissen Schwere, jedoch nicht von einer derart besonderen Art, dass sie geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Insoweit traten psychische Beschwerden denn auch erst Jahre nach dem Unfall auf.

6.4.3 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 S. 366). Es waren operative Massnahmen zur Behandlung der unfallbedingten Beschwerden notwendig, wobei sieben Eingriffe allein am rechten Fuss erfolgten in zunehmenden zeitlichen Abständen (2008 - 2015; vgl. u.a. act. IIA ZM9, ZM57 f., ZM62, ZM65, ZM72, ZM83, ZM91). Dieses Kriterium ist damit insgesamt erfüllt, wenn auch nicht in ausgeprägter Form (vgl. Entscheide des BGer vom 8. November 2022, 8C_394/2022, E. 9.1, und vom 10. Dezember 2020, 8C_627/2020, E. 4.1.2).

6.4.4 Was die körperlichen Dauerschmerzen anbetrifft, ist vorab festzuhalten, dass bei der Beurteilung dieses Kriteriums die somatisch nicht hin-

reichend erklärbaren Beschwerden auszuklammern sind und zwar namentlich auch dann, wenn sie körperlich imponieren (Entscheide des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.6, und vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.6). Unbestrittenermassen leidet die Beschwerdeführerin seit dem Unfall an Schmerzen im rechten Vorfuss. Diesbezüglich wiesen die MEDAS-Gutachter jedoch darauf hin, dass das Ausmass der angegebenen Beschwerden nicht vollumfänglich nachvollziehbar ist. Dabei bemängelten sie insbesondere, dass die Beschwerdeführerin keine Einlagen oder Spezialschuhe trägt, obwohl damit eine rasche Schmerzminderung zu erwarten wäre. Zudem zeigte eine deutliche Hyperkeratose, dass sie deutlich mehr als angegeben gehfähig bzw. auch aktiv gehend ist (zum Ganzen vgl. E. 4.4.2 hiervor). Unter diesen Umständen ist das Kriterium der Dauerschmerzen grundsätzlich nicht erfüllt, keinesfalls jedoch in besonders ausgeprägter Weise.

6.4.5 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, finden sich in den Akten nicht. Nur aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin wiederholt am rechten Fuss operiert wurde, kann nicht auf eine ärztliche Fehlbehandlung geschlossen werden (Beschwerde S. 9).

6.4.6 Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind nicht ersichtlich. Insbesondere geht – entgegen den Behauptungen in der Beschwerde (S. 9) – aus den Akten nicht hervor, dass die diversen Operationen am rechten Fuss vorwiegend aufgrund erheblicher Komplikationen erfolgt sind. Zudem darf aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 85 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5).

6.4.7 Bereits im Bericht des Spitals H. _____ vom 11. Dezember 2008 wurde eine möglichst rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag empfohlen (act. IIA ZM14 S. 2) und im Bericht des Spitals H. _____ vom 10. Februar 2009 ein Arbeitsversuch von zwei Stunden täglich im angestammten Beruf für möglich erachtet (act. IIA ZM16 S. 1). Im späteren Ver-

lauf attestierten die Experten der Begutachtungsstelle E. _____ im Gutachten vom 21. Februar 2011 (act. IIA ZM56) – d.h. rund zweieinhalb Jahre nach dem Unfall – überzeugend und nachvollziehbar in der angestammten Tätigkeit eine 50 %-ige und in der angepassten Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit (S. 71 Ziff. 4.1). Selbst wenn das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gegeben wäre, träfe dies jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise zu. Dieses Kriterium bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Entscheid des BGer vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 5.2.2.3).

6.5 Nach dem Dargelegten sind höchstens drei der erwähnten Adäquanzkriterien, wenn überhaupt jedoch nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. August 2008 und den weiterhin geklagten (psychischen) Beschwerden ist dementsprechend nicht gegeben.

7.

7.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des IV-Grades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

7.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

7.1.2 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmass-

nahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

7.1.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

7.1.4 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in

welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

7.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ergibt sich der massgebliche Zeitpunkt aus Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt demnach unter Berücksichtigung des Fallabschlusses per 31. August 2020 (vgl. E. 5.1 hiervor) auf den 1. September 2020.

7.3 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit weiterhin ihren angestammten Beruf als ... ausüben würde. Mit Blick darauf, dass seit der (gesundheitsbedingten) Kündigung der letzten Arbeitsstelle beim C. _____ per 30. September 2010 (act. II ZK112) über zehn Jahre vergangen sind, die Beschwerdeführerin ihre Weiterbildung zur ... erst kurz vor dem Unfall im Jahr 2008 abgeschlossen hatte und sich seither gesundheitsunabhängig im Leben der Beschwerdeführerin umfang-

reiche Änderungen ergeben haben (Geburt zweier Kinder [Jahrgang 2010 und 2016], Rückzug nach ... mit selbstständiger Erwerbstätigkeit des Ehemannes; erneuter Zuzug in die Schweiz; act. IIB 150 S. 47 Ziff. 6.1.3.2; act. IIA ZM121 S. 3), ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie als Gesunde die damalige Stelle beim C. _____ noch inne hätte. Es ist dementsprechend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Festlegung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne abgestellt hat (act. IIB 205 S. 8). Dabei ist angesichts der Ausbildung der Beschwerdeführerin als ... auf die Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen) abzustellen. Ob, wie von der IV-Stelle Bern angenommen (act. III 43 S. 12), dabei das höhere Kompetenzniveau 4 oder nicht korrekterweise das Kompetenzniveau 3 anzuwenden wäre, braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden, da Validen- und Invalideneinkommen auf dem gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind (vgl. hiernach). Ferner hat die Beschwerdeführerin, die in der angestammten Tätigkeit als ..., wenn diese mehrheitlich im Sitzen z.B. bei einem ... ausgeübt wird, zu 80 % arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. E. 4.4.3 hiervor), keine Tätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen. Damit ist das hypothetische Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes zu bestimmen.

Somit ist sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Basis zu ermitteln, weshalb sich die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs erübrigt. Der IV-Grad entspricht dem Umfang der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt im Übrigen – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (act. II 205 S. 8) – keinen "Prozentvergleich" im Sinne von BGE 114 V 310 E. 3a dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2). Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der verminderten Leistungsfähigkeit von 20 % berücksichtigt wurden und keine anderweitigen Faktoren ersichtlich sind, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten (vgl. E. 7.1.4 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn. Ein solcher wurde von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht vorgenommen (act. IIB 205 S. 8). Es besteht folglich – wie von der Beschwerdegeg-

nerin zugesprochen – ab dem 1. September 2020 ein Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 20 %.

8.

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

8.1

8.1.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

8.1.2 Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157).

Art. 36 Abs. 3 UVV bestimmt, dass die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt wird, wenn mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Un-

fällen zusammenfallen. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet. Diese Regelung ist auch in Bezug auf aus mehreren Unfällen hervorgegangene Gesundheitsschäden verfassungs- und gesetzeskonform (SVR 2018 UV Nr. 20 S. 72 E. 6.1; Entscheid des BGer vom 2. Mai 2011, 8C_812/2010, E. 6.3 und 6.5).

8.1.3 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

8.2 Die Beschwerdegegnerin gewährte eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 10 % (act. IIB 205 S. 10 Ziff. 2.6). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung der MEDAS-Gutachter. Diese hielten im Gutachten vom 20. Oktober 2020 (act. IIB 150) fest, dass auch unter optimaler Einlagenversorgung mit belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des rechten Vorfusses zu rechnen sei. Diese schmerzbedingte Beeinträchtigung werde zeitlebens bestehen bleiben (S. 17 Ziff. 4.9.1). Analog der "UVG Tabelle 2" könne unter Berücksichtigung der aktuellen Befunde und Belastungsschmerzangaben ein Integritätsschaden von 10 % beziffert werden (S. 18 Ziff. 4.9.2). Diese Beurteilung ist mit Blick auf die medizinische Aktenlage und die Suva-Tabelle 2 (schmerzhafte Funktionsstörung nach Luxationsfrakturen im Lisfranc oder nach Mittelfussfrakturen: 10 - 20 %; abrufbar unter www.suva.ch) nachvollziehbar und überzeugend begründet. In den Akten finden sich keine ärztlichen Berichte, welche auch nur geringe Zweifel an dieser Beurteilung zu wecken vermöchten bzw. aufgrund der verbleibenden somatischen Unfallfolgen eine höhere Entschädigung postulieren würden. Dies wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht in Frage gestellt. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10 % zugesprochen.

9.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. November 2022 (act. IIB 240) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

10.

10.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 ^{fbis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

10.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Zürich Versicherungsgesellschaft AG (samt Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 27. März 2023)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.