



Fall-Nr.: UV 2012/78
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 19.09.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 19.09.2013

Art. 61 lit. b ATSG: Vorsorgliche Beschwerde wurde nicht rechtsmissbräuchlich erhoben. Nachfristansetzung zur Beschwerdeergänzung und Eintreten auf Beschwerde zu Recht. Art. 6 Abs. 1 UVG: Kausalität nach einem Verkehrsunfall mit Unterschenkel-Schafffraktur, Schädel- und HWS-Kontusion mit Commotio cerebri sowie ab initialer Behandlung posttraumatischer Belastungsstörung nach der sogenannten Psycho-Praxis zu Recht verneint. Art. 7 f. und Art. 16 f. ATSG, Art. 18 ff. UVG: Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu Recht verneint. Art. 24 f. UVG, Art. 36 UVV, Anhang 3 zur UVV: Integritätsentschädigung zutreffend bestimmt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. September 2013, UV 2012/78).

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers,
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 19. September 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rony Kolb, Diepoldsauerstrasse 24, Postfach
217, 9443 Widnau,

gegen



Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherte, Patientin oder Beschwerdeführerin) war als Näherin bei der B.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva, Unfallversicherung oder Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfälle versichert (UV-act. 1). Am Morgen des 10. Dezember 2008 wurde sie von einem Motorroller angefahren, währenddem sie einen Zebrastreifen überquerte, und an den rechten Strassenrand geschleudert. Dabei erlitt sie eine Unterschenkel-Schaftfraktur am rechten Bein, eine Commotio cerebri sowie eine Halswirbelsäulen(HWS)- und Schädelkontusion rechts. Als weitere Diagnosen wurden im Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend Kantonsspital) vom 22. Dezember 2008 eine posttraumatische Belastungsstörung und ein "passagerer HWI" ("HWI" vermutlich als Abkürzung für Harnwegsinfekt gebraucht) angegeben (UV-act. 6; ein eigener Bericht über das psychosomatische Konsil, das wegen der posttraumatischen psychischen Überlastungssituation durchgeführt worden war und offenbar zur psychiatrischen Diagnose geführt hatte, liegt nicht bei den Akten und wurde trotz entsprechender Anregung des Kreisarztes im Untersuchungsbericht vom 24. Juni 2010 [UV-act. 79; vgl. auch nachstehende Ausführungen unter A.k] nicht eingeholt). Die Unterschenkel-Schaftfraktur war noch am Unfalltag mit einem Sirius-Nagel gerichtet und die Patientin am 18. Dezember 2008, "in zufriedenstellendem Allgemeinzustand, bei reizlosen Wundverhältnissen mit noch liegendem Nahtmaterial, guter Stockmobilisation, unauffälligem neurologischem Befund sowie mässigem Schwindel und noch deutlichen Nacken- und Kopfschmerzen bei Commotio cerebri und HWS-Kontusion", nach Hause entlassen worden (vgl. Angaben unter Verlauf in UV-



act. 6). Sie wurde zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilungskosten und Taggelder).

A.b Anlässlich der Nachkontrolle vom 6. Februar 2009 am Kantonsspital berichteten Unterassistentin H.____ und Dr. med. C.____, Klinik für orthopädische Chirurgie (UV-act. 8), über ein hämatogenes Kontaktekzem, das mittels Hautbiopsie vom 29. Januar 2009 am rechten Unterschenkel nachgewiesen worden sei, sowie über eine palmoplantare Dyshidrosis und Xerosis cutis als zusätzliche Diagnosen. Weiter führten sie aus, dass die Hautproblematik laut Angaben der Patientin nicht mehr aufgetreten sei. Am rechten Unterschenkel stellten sie reizlose Narbenverhältnisse und noch Fadenmaterial an der Biopsie-Entnahmestelle fest sowie eine intakte periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität (DMS). Die Kniegelenksbeweglichkeit war frei, die aktive Dorsalextension bei gestrecktem Kniegelenk betrug 0°, Dorsalextension und Plantarflexion sowie Pro- und Supination waren schmerzfrei möglich. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine regelrechte Implantatlage und die Fraktur in der Konsolidationsphase. Der Patientin wurde Physiotherapie verordnet; da sie den rechten Fuss beim Gehen vermehrt aussenrotierte, mit Schwerpunkt Gangschulung. - Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____, Klinik für orthopädische Chirurgie am Kantonsspital, erhoben bei der Nachkontrolle vom 20. März 2009 (UV-act. 12) reizlose Narbenverhältnisse am rechten Unterschenkel und eine Schwellung über dem lateralen oberen Sprunggelenk (OSG). Kniegelenk und OSG waren uneingeschränkt beweglich, über den Narben sowie über der Tibia-Vorderkante und im mittleren Drittel des lateralen Oberschenkels bestanden Druckschmerzen. Die Röntgenbilder zeigten noch deutliche Frakturspalten bei beginnender Konsolidierung der tibialen Fraktur. Weiter wurde eine deutliche Bewegungseinschränkung des Kopfes in alle Richtungen und rechtsbetonte, zerviko-okzipitale Kopf- bzw. Druckschmerzen erhoben. Schwindel wurde in Inklination provoziert. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik bei Status nach Commotio cerebri wurden ein Magnetresonanztomogramm (MRI) des Kopfes und eine neurologische Untersuchung der Patientin angeordnet. - Obwohl sie neben dem Schwindel über lageunabhängige, okzipital und parietal betonte Kopfschmerzen von andauernder Maximalstärke (zehn von zehn Punkten auf der Visual Analogue Scale [VAS]) klagte, fanden Dr. med. F.____ und Assistenzärztin G.____, die die Versicherte am 30. April 2009 in der Schmerz-Sprechstunde der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals untersuchten, weder klinisch noch MR-tomografisch Anhaltspunkte für eine



symptomatische Kopfschmerzursache. Sie diagnostizierten einen chronischen posttraumatischen Kopf- und Nackenschmerz nach Schädelanpralltrauma und hielten in ihrer Beurteilung im Bericht vom 7. Mai 2009 (UV-act. 14) unter anderem fest: "Im Vordergrund steht eine depressive Symptomatik mit Angst- und Albträumen, Hyperventilationsattacken und neurasthenen Beschwerden." Sie empfahlen die Intensivierung der psychiatrischen Behandlung mit Erhöhung der Frequenz ambulanter Konsultationen oder einer Hospitalisation.

A.c I.____, diplomierte Psychologin, und Dr. med. J.____, leitender Arzt am Psychiatrie-Zentrum, berichteten am 18. Juni 2009, die Patientin sei seit dem 14. April 2009 in der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, wozu sie immer in Begleitung eines Familienmitglieds erscheine (UV-act. 19). Bei der Aufnahme sei eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) diagnostiziert worden. Im Verlauf sei zunehmend deutlicher geworden, dass die Patientin auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) aufweise. Von Beginn der Behandlung an sei ein stationärer Aufenthalt zur ersten psychischen Stabilisierung in Erwägung gezogen, auf Wunsch der Patientin und ihrer Familie seien aber vorerst die ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft worden. Die begonnene antidepressive Therapie mit Remeron und Cymbalta habe zu einer leichten Verbesserung der Schlafstörungen und geringer psychischer Stabilität geführt. Eine stationäre Behandlung werde weiterhin avisiert.

A.d Anlässlich der Verlaufskontrolle ein halbes Jahr nach der Sirusnagel-Osteosynthese ging die Versicherte weiterhin an Stöcken, da sie noch Schmerzen im Bereich von OSG und Knie sowie etwas im Bereich der Tibia habe, belastete aber voll. Bei der Röntgenuntersuchung vom 5. Juni 2009 zeigten sich im Vergleich zu den Voruntersuchungen erheblich mehr Anzeichen einer Konsolidierung. Es wurden ein geringer Kniegelenks-Erguss und ein Erguss im Sprunggelenk erhoben. Weil letzterer die Schmerzen etwas überlagerte, konnte das Sprunggelenk nicht differenziert untersucht werden. Der Versicherten wurde bei einem leichten Valgus eine mediale Fussranderhöhung verordnet (vgl. Bericht vom 11. Juni 2009 UV-act. 27). - Hausarzt Dr. med. K.____, Allgemeinmedizin FMH, berichtete der Unfallversicherung am 3. August 2009 über einen schlechten Verlauf (UV-act. 28). Die Patientin habe immer noch starke Schmerzen und könne ohne Stöcke kaum gehen. Zudem leide sie unter der weiterhin



starken Depression und sei deswegen in psychiatrischer Behandlung. Eine Arbeitsaufnahme sei so nicht möglich. - Dr. med. L.____, Assistenzarzt an der Klinik für orthopädische Chirurgie am Kantonsspital, fasste auf die Fragen der Unfallversicherung am 11. August 2009 die am 5. Juni 2009 erhobenen Befunde zusammen und hielt fest (vgl. UV-act. 27, 30), die Patientin mache unter Physiotherapie geringe Fortschritte. Die Vollbelastung sei mittlerweile erreicht, ein stockfreies Gehen jedoch noch nicht möglich. Die Therapiefortsetzung sei nötig, um bei persistierendem posttraumatischem Syndrom ein sicheres Gangbild an Stöcken zu ermöglichen und unter physiotherapeutischer Anleitung das Abtrainieren der Stöcke beginnen zu können. Zudem bestehe posttraumatisch ein Valgus im Bereich des Unterschenkels, der sicher zusätzlich für eine gewisse Zeitverzögerung verantwortlich sei. Die Valgus-Fehlstellung sei in der letzten Kontrolle vom 5. Juni 2009 mittels Einlagen ausgeglichen worden. Die Patientin benötige sicher noch einige Zeit der Rekonvaleszenz mit Physiotherapie.

A.e Vom 1. September bis 1. Oktober 2009 wurde die Versicherte in der Klinik St. Pirminsberg stationär psychiatrisch behandelt. Die Angaben beim Eintritt seien von den sie begleitenden Angehörigen (Ehemann und Schwiegersohn) gemacht worden, die Patientin sei nicht auskunftsbereit gewesen, habe introvertiert gewirkt und nur kurz Antwort gegeben. Auch habe ihr der Schwiegersohn alles übersetzen müssen, obwohl sie laut Austrittsbericht gut Deutsch spreche und verstehe. Da sich dort ihr Zustand kaum verbesserte, sie das Therapieangebot nicht als hilfreich beurteilte und mehrfach den Wunsch auf Entlassung äusserte, trat sie nach einem Monat aus der Klinik aus. Es wurde ihr die Weiterführung der ambulanten Therapie empfohlen (vgl. nicht datierter Austrittsbericht mit SCAN-Stempel vom 20. Oktober 2009, UV-act. 36).

A.f Am 9. November 2009 fand am Arbeitsort eine Besprechung des Aussendienstmitarbeiters der Unfallversicherung mit der Versicherten im Beisein ihres Schwiegersohns statt (Bericht UV-act. 38). Dabei gab sie an, dass die stationäre Behandlung in der Klinik St. Pirminsberg keine grossen Fortschritte gebracht habe und sie ihren Zustand als unverändert beurteile. Mangels Belastbarkeit des rechten Beins, aufgrund der dortigen Schmerzen und Schwellungen sowie wegen der Kopfschmerzen, der eingeschränkten Beweglichkeit des Kopfes, des Schwindels und den körperlichen Einschränkungen "am ganzen Körper" gehe es ihr sehr schlecht. Die Versicherte äusserte auch die Meinung, eine Arbeitsaufnahme sei aktuell und vermutlich auch in



Zukunft nicht möglich, obwohl sie arbeiten wolle, sofern sie gesund sei. Anschliessend wurde der Leiter des Arbeitgeberbetriebs orientiert, dass mit einer Arbeitsaufnahme der Mitarbeiterin in absehbarer Zeit nicht zu rechnen sei. Dieser führte aus, dass deren übliche Arbeit als Näherin zu mindestens 90% sitzend ausgeführt werde, wobei das Pedal mit beiden Beinen zu bedienen sei. Ausser einem Arbeitsplatz, an dem im Stehen und ohne Pedalbedienung gearbeitet werde, stünden im Betrieb keine Alternativen oder leichtere Arbeiten zur Verfügung.

A.g Bei der Nachkontrolle an der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals ein Jahr nach dem Unfall und der operativen Reposition am rechten Unterschenkel berichtete die Versicherte über persistierende Schmerzen seitens des rechten Beins, ausgehend von der Lendenwirbelsäule (LWS). Der rechte Unterschenkel schmerze nach wie vor, so dass eine stockfreie Mobilität nicht möglich sei. Gelegentlich gebe unter ihr das Bein nach, sie habe dann keine Kraft im Oberschenkel. Dr. med. M.____ und Dr. med. N.____ erhoben in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2009 über diese Nachkontrolle (exakt ein Jahr nach dem Unfall; UV-act. 44) ein rechts stark hinkendes Gangbild an zwei Unterarm-Gehstützen bei normaler Abnützung der zirka drei Monate alten Schuhe. Es lag kein Hinweis auf eine Muskelatrophie im Bereich des rechten Beines vor, am rechten Kniegelenk jedoch eine lateralseitige Hyposensibilität. Aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten konnten die Ärzte die Kraft nicht überprüfen. Den weiteren Befund gaben sie wie folgt wieder: "Druckschmerzen diffus im Bereich des gesamten Unterschenkels, sowohl auf Höhe der Fraktur als auch auf Höhe des Knie- und Sprunggelenks. Keine Einschränkung der Kniemobilität mit Flexion/Extension 140/0/0°. Auch das obere Sprunggelenk ist nicht eingeschränkt mit maximaler Dorsalextension/Plantarflexion 25/0/40°. Keine Schwellungen, leicht glänzige Haut über dem Frakturbereich, hier leicht bräunlich verfärbt, keine vermehrte Behaarung im Bereich des rechten Beins. Schmerzangabe tieflumbal bei der Lasègue-Prüfung bei ca. 30°. Kurz darauf ist eine sitzende Position mit 90° Hüftflexion problemlos möglich." Auf den Röntgenbildern zeigten sich eine konsolidierte Tibiaschaft-Fraktur bei intaktem Unterschenkel-Nagel und Bolzen sowie eine Pseudarthrose im Bereich des Fibulaschafts. Da der Ursprung der geklagten Schmerzen, die sich in Zusammenhang mit den Beinschmerzen vor allem tief lumbal zeigten, unklar blieb und die Lasègue-Prüfung nicht konklusiv war, stellten sie die Versicherte den Kollegen von der Wirbelsäulen-Sprechstunde vor. Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ zeigten sich auf



den Röntgenbildern vom 19. Januar 2010 eine normale LWS-Lordosierung, keine frischen ossären Läsionen, eine leicht beginnende Spondylarthrose vor allem im Bereich L5/S1 sowie eine leichte rechtskonvexe Skoliose lumbal (vgl. UV-act. 53). Das Wirbelsäulen-MRI vom 21. Januar 2010 (UV-act. 57) zeigte keinen Anhalt für eine neuroforaminale Kompression und damit bestand keine Indikation für eine chirurgische Intervention. Bei dessen Besprechung mit der Versicherten am 2. Februar 2010 erhoben Unterassistentin Q. ___ und Dr. P. ___ weiterhin ein stark hinkendes Gangbild an zwei Unterarm-Gehstützen und nicht dermatomspezifische Hypästhesien im ganzen rechten Bein. Hüftbeugung und Kniestreckung rechts waren nur deutlich eingeschränkt möglich, die linke Hüfte frei beweglich. Die Quadrizepskraft war rechts im Vergleich zu links deutlich vermindert. Die Wirbelsäulen-Spezialisten empfahlen eine Weiterführung der konservativen Therapie und überwiesen die Patientin dazu an die Kollegen der Schmerztherapie/Anästhesie und zusätzlich zur Planung der Osteosynthese-Materialentfernung im Sommer (2010) an die Knie- bzw. Beinspezialisten (vgl. Bericht vom 4. Februar 2002, UV-act. 56).

A.h Eine Vorsprache des Suva-Aussendienstmitarbeiters im Betrieb ergab am 4. März 2010, dass der Arbeitsplatz der Versicherten immer noch gesichert und eine Kündigung bis anhin kein Thema gewesen sei. Zur Arbeit, die sie vor dem Unfall vom 10. Dezember 2008 ausgeübt hatte, wurde präzisiert, dass das Fusspedal auch mit einem Fuss - egal mit welchem - bedient werden könne. Neben dem Nähen im Sitzen müssten gelegentlich kurze Wegstrecken gegangen werden, um neue Stoffe an die Nähmaschine zu holen. Dies könnte der Versicherten aber auch durch Kolleginnen abgenommen werden. Bei der Besprechung vom 11. März 2010 am bisherigen Arbeitsort, zu der sich die Versicherte von ihrem Sohn begleiten liess, berichtete sie über einen eigentlich immer gleichen Zustand. Vor allem die ganze rechte Körperseite schmerze, angefangen beim rechten Bein über die rechte Hüfte, die rechte Seite des Rückens bis zu rechtsseitigen Kopfschmerzen. Das rechte Bein könne sie nur mit Stöcken belasten, da ansonsten Schwellungen und viel stärkere Schmerzen auftreten würden. Lediglich in der Wohnung versuche sie manchmal, ohne Stöcke herumzugehen. In Absprache mit der Betriebsleitung wurde vorgesehen, dass die Versicherte ab dem 22. März 2010 aus therapeutischen Gründen wieder täglich am Arbeitsplatz erscheine und versuche, eine Stunde tätig zu sein; dies bei vollen (Taggeld-)Leistungen der Suva (vgl. Bericht vom 11. März 2010, UV-act. 62). Am



St.Galler Gerichte

24. März 2010 wurde der Unfallversicherung telefonisch mitgeteilt, die Versicherte sei am Morgen des 22. März 2010 zur Arbeit erschienen und von ihren Arbeitskolleginnen und -Kollegen herzlich begrüsst worden. Man habe wie vereinbart eine sitzende Tätigkeit zur Verfügung gestellt. Nach nur fünf Minuten habe die Versicherte über Schmerzen am ganzen Körper geklagt. Sie habe ihren Einsatz beendet und sei nach Hause gegangen (vgl. Telefonnotiz vom 24. März 2010, UV-act. 65).

A.i Hausarzt Dr. K.____ führte im April 2010 aus, er habe die Patientin am 23. März 2010 letztmals gesehen (UV-act. 74; Datum lautet "14.11.10", Bericht wurde der Suva am 7. April 2010 per Telefax übermittelt und verfügt über zwei [Eingangs-]Stempel vom 13. April 2010). Trotz medikamentöser Therapie leide sie unter einer schweren Depression. Sie gehe auch immer noch an Stöcken, obwohl diese nicht nötig seien. Die Therapie sei seit Monaten unverändert. Einnahme von mehreren Antidepressiva und Analgetika. Da die Depression therapieresistent sei, bestehe kein vernünftiger Vorschlag für die weitere Behandlung.

A.j Am 14. Mai 2010 berichtete Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, über die ambulante Behandlung der Versicherten, die bei ihr seit dem 29. Oktober 2009 bzw. seit der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg stattdfinde (UV-act. 77). Ihre Diagnose lautete auf mittelgradige depressive Episode ICD-10: F32.1 mit restlicher posttraumatischer Symptomatik in Form von Alpträumen. Eine Umstellung der antidepressiven Medikation im Dezember 2009 habe eine leichte Besserung gebracht. Die Patientin leide aber immer noch an den starken Kopfschmerzen und Alpträumen sowie Beinschmerzen. Ein Versuch, sie in die Tagesklinik zu integrieren, sei gescheitert, so dass sie ihren Tag meistens zu Hause verbringe. Psychotherapeutisch sei sie wenig zugänglich und zeige eine geringe Introspektionsfähigkeit, so dass die therapeutische Behandlung eine begleitend-stützende Form habe. Von einer körperlich orientierten Therapie (Massage, Physiotherapie, Wassertherapie usw.) würde die Patientin wahrscheinlich auch profitieren. Die Gesprächstermine fänden ein Mal in drei bis vier Wochen statt.

A.k Am 23. Juni 2010 fand zur medizinischen Bilanzierung eine Untersuchung durch Kreisarzt Dr. med. X.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, statt. Die Angaben über die Versicherte machte weitgehend deren Ehemann. Sie gab sich ausgesprochen



St.Galler Gerichte

wortkarg. Der Kreisarzt erhob in seinem Bericht vom 24. Juni 2010 (UV-act. 79) ein katatonisches Erscheinungsbild. Für die Schmerzen an der rechten Körperhälfte, besonders am rechten Unterschenkel, konnte er keine traumatisch gesetzte Läsion haftbar machen. Strukturelle Veränderungen an der Halswirbelsäule seien mit bildgebenden Verfahren ausgeschlossen worden. Der Unterschenkelbruch sei radiologisch knöchern durchbaut, der Nagel liege stabil ein. Eventuell bestehe noch eine leichte Instabilität auf Höhe der Fibula. Von der Nagelentfernung am rechten Unterschenkel erwartete Dr. X.____ mit grosser Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf das jetzige Beschwerdebild. Posttraumatische Restfolgen, die durch die Suva zu kompensieren wären, machte er keine aus und empfahl der Verwaltung, den Fallabschluss vorzubereiten.

A.I Anlässlich der Nachkontrolle vom 23. Juni 2010 am Kantonsspital nahmen die Unterassistentin S.____, Dr. med. T.____ und Dr. N.____ folgende Diagnosen in den Bericht vom 24. Juni 2010 auf (UV-act. 83): "Unklare Lumboischialgien rechts bei Status nach Sirusnagel-Osteosynthese rechts bei: Unterschenkel-Fraktur vom 10. Dezember 2008, Status nach Verkehrsunfall 2008, persistierendem posttraumatischem Syndrom mit persistierenden posttraumatischen Kopf- und Nackenschmerzen nach Schädelanpralltrauma; klinisch und MR-tomographisch kein kausaler Befund; Nackenschmerzen nach fraglicher HWS-Beschleunigungsverletzung; vegetative Syndrome (Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerz); posttraumatische Belastungsstörung". Unter Verlauf wurde auch über das Konsil vom 12. März 2010 in der Schmerzambulanz und die dort vorgenommene Anpassung der (Schmerz-)Medikamente berichtet (ein eigener Bericht darüber liegt nicht bei den Akten). Am rechten Bein wurden Bewegungseinschränkungen im Knie und Hüftgelenk sowie eine gegenüber links deutlich verminderte Quadrizepskraft erhoben. Bei konsolidierter Tibiaschaft-Fraktur (gemäss Röntgenbildern vom 23. Juni 2010) und wegen persistierender Schmerzen wurde der Patientin die operative Entfernung des Sirusnagels empfohlen. Diese erfolgte am 15. Oktober 2010 problemlos; die Versicherte weilte dazu vom 14. bis 18. Oktober 2010 bei komplikationslosem Verlauf im Kantonsspital (vgl. Austrittsbericht Kantonsspital vom 19. Oktober 2010 und Operationsbericht vom 15. Oktober 2010, UV-act. 99).



A.m Zwischenzeitlich war der Versicherten das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2010 gekündigt worden, nachdem sich ihr Gesundheitszustand nicht gebessert hatte (Kündigung vom 22. September 2010, UV-act. 96). Dr. K.____ berichtete der Unfallversicherung am 15. November 2010 (UV-act. 101) über einen normalen Heilungsverlauf nach der Entfernung des Sirusnagels. Die Patientin dürfte voll belasten, möchte aber noch an Stöcken gehen. Allein limitierend sei die massive posttraumatische Depression. Gestützt auf diesen Bericht des Hausarztes und auf die übrigen Akten hielt Kreisarzt Dr. X.____ am 7. Dezember 2010 fest, am rechten Unterschenkel könne keine Unfallfolge mehr festgestellt werden, die eine Integritätsentschädigung begründen würde oder die eine verminderte Belastbarkeit nach sich zöge, wodurch allenfalls eine reduzierte Zumutbarkeit begründet werden könnte (UV-act. 102).

A.n Am 26. Januar 2011 und 11. März 2011 fanden oto-neurologische Abklärungen an der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Kantonsspitals statt. Im Bericht vom 6. April 2011 hielten die diplomierte Ärztin U.____ und Dr. med. V.____ fest, es könne keine definitive Aussage gemacht werden, da die Patientin bei allen Untersuchungen eine sehr schlechte Compliance gezeigt habe. In der Zusammenschau bestehe wahrscheinlich eine periphere Vestibulopathie rechts, welche noch nicht kompensiert sei. Weitere diagnostische Möglichkeiten stünden im Moment nicht zur Verfügung (UV-act. 113).

A.o Röntgenaufnahmen vom 10. Mai 2011 ergaben eine normale Darstellung des rechten Kniegelenks mit normal weitem Gelenkspalt und normalem Femoropatellargelenk, normalen periartikulären Weichteilen und einen Status nach Verriegelungsnagel tibial mit nur noch residuellen Veränderungen. Am rechten Unterschenkel zeigte sich die Tibiafraktur vollständig durchgebaut bei einer Pseudarthrose im Fibulabereich und residuellen Veränderungen nach Verriegelungsnagel der Tibia. Die ossären Strukturen im rechten OSG waren normal, der Gelenkspalt normal weit. Radiologe Dr. med. W.____, der die Röntgenbilder interpretierte, warf die Frage nach einer Fehlstellung der distalen Fibula infolge der Pseudarthrose auf (vgl. UV-act. 118 S. 2). - Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Chirurgie, der am 10. Mai 2011 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung der Versicherten durchführte, konnte aufgrund ihrer Schmerzangaben die Gelenkfunktionen am rechten Bein nicht überprüfen. Er hielt in seiner Beurteilung fest, das rechte Knie werde



kontinuierlich in Streckstellung gehalten, da eine Beugung aufgrund von Schmerzen nicht möglich sei; die radiologische Untersuchung des rechten Kniegelenks vom gleichen Tag zeige dieses jedoch in Beugestellung. Die Flexion im rechten Hüftgelenk sei anlässlich der Untersuchung schmerzbedingt nur bis 30 Grad möglich gewesen, kurze Zeit später habe die Patientin jedoch ohne jegliche Schmerzangabe im Langsitz eine Beugung des rechten Hüftgelenks von 100 Grad eingenommen. Für den Kreisarzt waren die geäusserten Schmerzen der gesamten rechten Körperhälfte aus chirurgisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar. Wegen der bildgebend ausgewiesenen strukturellen Schädigung, die als Folge des Unfalls zu sehen sei, wären aus traumatologischer Sicht Schmerzen im rechten Unterschenkel möglich. Ohne Berücksichtigung des psychischen Zustands der Versicherten könne aufgrund der objektivierbaren, rein somatischen Befunde von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer rein sitzenden Tätigkeit ausgegangen werden, die bei entsprechender Compliance der Patientin durch eine intensive Physiotherapie und Gangschulung noch gesteigert werden könnte (vgl. vom 9. bzw. 10. Mai datierter Bericht, UV-act. 117). - Die Ganzbein-Röntgenaufnahmen vom 19. Mai 2011 bestätigten die in Valgus-Fehlstellung verheilte Tibiafraktur mit Pseudarthrose der Fibula, ergaben eine Fehlstellung von zirka sechs bis acht Grad rechts und liessen Dr. W.____ eine leichte Rotations-Fehlstellung im Unterschenkel rechts vermuten (vgl. UV-act. 118 S. 1). - Auf Zuweisung durch Dr. Y.____ wurde die Versicherte am 6. Juli 2011 an der Klinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Kantonsspitals nochmals untersucht. Dr. med. Z.____ und Dr. N.____ bestätigten im Bericht vom 7. Juli 2011 (UV-act. 125) eine gewisse posttraumatische Fehlstellung im Bereich der rechten unteren Extremität bei schon vorbestehender Valgusachse beider Beine. Für eine genaue Verifizierung der Achsen-Fehlstellung im Unterschenkel/OSG-Bereich müsste ein Computertomogramm (CT) durchgeführt und dabei nach der Achsen- und Rotationsbestimmung gefragt werden. Diese Untersuchung würde aber nur vor dem Hintergrund einer geplanten Korrekturoperation Sinn machen. Für einen solchen Eingriff qualifiziere die Patientin ihres Erachtens nicht und die Prognose einer Verbesserung hierdurch würden sie wenig optimistisch sehen. Eine Arbeitsfähigkeit von 50% für rein sitzende Tätigkeit bei Beurteilung der rein somatischen Befunde hielten sie für möglich. - Am 20. Juli 2011 nahm Kreisarzt Dr. Y.____ unter Berücksichtigung seiner Untersuchungsergebnisse vom 10. Mai 2011 und der weiteren Akten, besonders der neueren Röntgenbilder und des Berichts von



Dr. Z.____ und Dr. N.____, eine erneute Beurteilung vor (UV-act. 132). Er führte aus, eine wesentliche Besserung sei wahrscheinlich auch durch weitere medizinische Massnahmen nicht zu erwarten, auch im Hinblick auf die bei der psychischen Situation mangelnde Compliance der Patientin. Ein allfälliger Zusammenhang der psychischen Situation mit dem Unfallereignis unterliege einer Adäquanzbeurteilung. Aufgrund der radiologisch nachgewiesenen strukturellen Veränderungen am linken Unterschenkel - posttraumatisch/postoperativ etwas vermehrte Valgusstellung, Pseudarthrose der Fibula und Verdacht auf eine leichte Rotations-Fehlstellung -, die Dr. Y.____ auf den Unfall zurückführte, schätzte er die Integritätseinbusse der Versicherten auf 25% des Wertes von 50%, der gemäss Feinrastertabelle 2.2 dem Integritätsschaden bei völliger Gebrauchsunfähigkeit eines Beines entspreche, mithin auf 12.5% (UV-act. 131). - Damit die Aktivität der Pseudarthrose beurteilt werden könne, wurde am 8. September 2011 beim Kantonsspital eine Skelettszintigraphie in Auftrag gegeben (UV-act. 139). Dr. Za.____ und Prof. Zb.____, Klinik für Nuklearmedizin, beurteilten diese am 5. Oktober 2011 wie folgt: "Anhaltende ossäre Umbauzonen in der Pseudarthrose der Fibula rechts ohne entzündliche Komponente. Leicht erhöhter Knochenstoffwechsel in der konsolidierten Tibiafraktur und im Markraum der Tibia rechts bei Status nach Marknagelung ohne sicheren Krankheitswert. Sehr wahrscheinlich degenerativ bedingter Uptake in den übrigen beschriebenen Lokalisationen." (UV-act. 142). - Am 25. Oktober 2011 hielt Dr. Y.____ abschliessend fest (UV-act. 149), die Skelettszintigraphie vom 5. Oktober 2011 habe keine somatisch-objektivierbare Begründung für das Schmerzsyndrom der Patientin ergeben. Aus somatischer Sicht ergebe sich somit die ab sofort gültige Zumutbarkeitsbeurteilung, dass eine sitzende Tätigkeit ohne besondere Beanspruchung des rechten Fusses ganztags möglich sei. Gehen bzw. Stehen auf einer ebenen Unterlage sei bis zu 30 Minuten ohne Unterbrechung möglich, sollte jedoch intervallweise maximal bis höchstens 50% der Arbeitszeit ausmachen. Nicht möglich sei das Besteigen von Leitern oder Gerüsten oder Gehen in unwegsamem Gelände, das Begehen von Treppen nur ausnahmsweise. Die Gewichtsbelastung über kurze Strecken bei ebener Unterlage könne dabei höchstens 10 kg betragen.

A.p Mit Schreiben vom 15. November 2011 an den Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt Dr. iur. André Hutter, Altstätten, hielt die Suva fest, aufgrund der ärztlichen Untersuchungen sei eine medizinische Behandlung nicht mehr notwendig. Die



St.Galler Gerichte

Heilkosten- und Taggeldleistungen würden daher per 30. November 2011 eingestellt. Es werde geprüft, ob weitere Versicherungsleistungen ausgerichtet werden könnten (UV-act. 152). Am 18. November 2011 verfügte die Unfallversicherung die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von Fr. 15'750.-- für eine Integritätseinbusse von 12.5%. Sie verneinte den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente sowie mangels Kausalität auf weitere Versicherungsleistungen aufgrund der psychisch bedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen (UV-act. 154).

B.

Am 21. November 2011 liess die Versicherte vorsorglich Einsprache gegen die Verfügung vom 18. November 2011 erheben und diese innert erstreckter Frist am 12. Januar 2012 begründen. Mit Entscheid vom 3. September 2012 wies die Suva die Einsprache ab.

C.

C.a Dagegen richtet sich die Beschwerde vom 3. Oktober 2012 der neu durch Rechtsanwalt lic. iur. M.B.L. HSG Rony Kolb, Widnau, vertretenen Versicherten (act. G 1). Darin wird geltend gemacht, wegen kurzfristiger Mandatierung und fehlender Akten könne die Beschwerde nicht eingehend begründet werden. Daher werde beantragt, dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Akteneinsicht zu gewähren und ihm eine angemessene Frist zur Beschwerdeergänzung und Begründung anzusetzen. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2012 hat der damalige Präsident der Abteilung III des Versicherungsgerichts den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass die Beschwerde den gesetzlichen Minimalanforderungen gemäss Art. 61 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht genüge, und ihm eine Nachfrist bis 19. Oktober 2012 angesetzt für einen Antrag in der Sache und zumindest eine summarische Begründung (act. G 2). Mit Eingabe vom 18. Oktober 2012 (act. G 3) liess die Beschwerdeführerin folgende Anträge stellen:

1. Der Einspracheentscheid vom 3. September 2012 sei aufzuheben;



St.Galler Gerichte

2. Die eingestellten Taggeldzahlungen seien mit Wirkung ab verfügter Einstellung bzw. ab dem 1. Dezember 2011 weiterhin bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes, eventuell bis zum Abschluss des Rentenprüfungsverfahrens zu leisten;
3. Der Grad der Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin sei neu zu erheben und die Integritätsentschädigung sei neu zu bemessen, festzulegen und zur Ausrichtung zuzusprechen;
4. Die Beschwerdeführerin sei auf die Folgen des Unfalls vom 10. Dezember 2008 polydisziplinär abzuklären und zu begutachten;
5. Dem Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin seien die gesamten Verfahrensakten zur kurzen Einsichtnahme zuzustellen und es sei ihm eine angemessene Nachfrist zur Beschwerdeergänzung aufgrund der Akteneinsicht einzuräumen;
6. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung durch den unterzeichneten Rechtsanwalt zu gewähren;

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Am 4. Dezember 2012 hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dem Gericht mitgeteilt, auf das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung werde verzichtet (act. G 10). Innert erstreckter Frist und nach Einsicht in die Akten der Suva hat er am 7. Januar 2013 die Beschwerde ergänzt (act. G 11). Zur Begründung der unveränderten Anträge brachte er zusammengefasst vor, die Beschwerdeführerin leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, die eine ausschliessliche Unfallfolgen darstelle. Vor dem Unfall vom 10. Dezember 2008 sei sie beschwerdefrei, gesund und voll arbeitsfähig gewesen und habe weder physiologisch noch psychologisch relevante Beeinträchtigungen zu verzeichnen gehabt. Die ausschliessliche Unfallkausalität werde auch in den medizinischen Unterlagen dokumentiert. Vor dem Hintergrund der erlittenen Verletzungen sei die Vorinstanz auch zu Unrecht von einem mittelschweren Unfall ausgegangen. Die Beschwerdeführerin habe Anrecht auf eine polydisziplinäre Abklärung, wie in ähnlichen Fällen üblich und auch rechtlich gefordert. Eine solche sei nicht durchgeführt worden und daher nachzuholen.



C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2013, auf die Beschwerde vom 3. Oktober 2012 sei nicht einzutreten, eventuell sei die Beschwerde abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 3. September 2012 zu bestätigen (act. G 13). Zur Begründung führte sie an, Rechtsanwalt Kolb hätten zwischen der Mandatierung bzw. Unterzeichnung der Vollmacht am 23. September 2012 und dem Ablauf der Beschwerdefrist frühestens am 4. Oktober 2012 mindestens elf Tage zur Verfügung gestanden, während denen es ihm möglich gewesen wäre, die Vorakten einzuholen. Indem er in der Lage gewesen sei, am 18. Oktober 2012 einzig gestützt auf den Einspracheentscheid vom 3. September 2012 eine ausformulierte Beschwerde mit materiellen Anträgen und ebensolchen Begründungen einzureichen, habe er gezeigt, dass es ihm mit der materiell weder fundierten noch begründeten Eingabe vom 3. Oktober 2012 einzig darum gegangen sei, die nicht erstreckbare gesetzliche Rechtsmittelfrist von Art. 60 Abs. 1 ATSG faktisch zu verlängern. Dieses Verhalten sei rechtsmissbräuchlich und auf die Beschwerde vom 3. Oktober 2012 sei daher nicht einzutreten. In der Sache selbst seien die Einwendungen der Beschwerdeführerin unbegründet und vermöchten am Standpunkt der Suva nichts zu ändern. Der Endzustand in Bezug auf den unfallkausalen physischen Schaden am rechten Unterschenkel sei im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (30. November 2011) erreicht gewesen. Weitere organisch objektivierbare Unfallfolgen würden weder im Schädel-/Hirnbereich noch im gesamten Rückenbereich vorliegen und die geltend gemachten Schmerzen an der gesamten rechten Körperhälfte seien aus traumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Tatsachen, dass nach dem Unfall von Anfang an ausgeprägte psychische Beschwerden im Vordergrund gestanden hätten, das bunte Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder eines schleudertraumaähnlichen Vorgangs zeitnah zum Unfall nicht vorgelegen habe, eine chronifizierte syndromale Beschwerdesymptomatik aktenkundig sei und die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung eine eigenständige, nicht zum Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörende psychische Fehlentwicklung darstelle, sei die Adäquanz nach der Psycho-Praxis und nicht nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen. Bezüglich der Einstufung des Unfalls vom 10. Dezember 2008 als mittelschwer seien den beschwerdeführerischen Rechtsschriften keine substantiierten Einwände zu entnehmen und der adäquate Kausalzusammenhang der psychischen bzw. physisch nicht objektivierbaren



Beschwerden zu Recht verneint worden. Da der medizinische Endzustand in Bezug auf die physisch objektivierbaren Unfallfolgen bereits mit den vorliegenden ärztlichen Unterlagen dokumentiert sei und es für die psychischen bzw. physisch nicht objektivierbaren Beschwerden an der (rechtlichen) Leistungsvoraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs fehle, erübrige sich eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung der Beschwerdeführerin. Weiter sei ein Rentenanspruch mangels Erwerbseinbusse zu Recht verneint und der physisch bedingte Integritätsschaden am rechten Unterschenkel korrekt und schlüssig bestimmt worden.

C.c Mit Stellungnahme vom 15. März 2013 (Replik, act. G 15) verwehrt sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gegen den Vorwurf, am 3. Oktober 2012 bewusst eine unvollständige Beschwerde eingereicht zu haben. Die Eintretensvoraussetzungen seien gegeben und das Eintreten auf nachträglich ergänzte Beschwerden würde der Praxis des Versicherungsgerichts entsprechen. Am Standpunkt, dass weiterer Abklärungsbedarf mittels polydisziplinärer medizinischer Begutachtung gegeben und die weiterhin bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ausschliesslich auf den Unfall vom 10. Dezember 2008 zurückzuführen seien, werde weiterhin festgehalten.

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 2. Mai 2013 auf eine einlässliche Duplik (act. G 17). Sie entgegnete auf einzelne Punkte zur Eintretensfrage und hielt zusammenfassend fest, die Bemerkungen der Replik würden allesamt ins Leere stossen und vermöchten weder die formell-rechtlichen noch die (vorsorglich vorgetragenen) materiell-rechtlichen Ausführungen der Beschwerdeantwort zu erschüttern.

D.

Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.



St.Galler Gerichte

1.1 Streitig und zu prüfen ist vorab, ob auf die Beschwerde vom 3. Oktober 2012 einzutreten ist.

1.2 Lit. b von Art. 61 ATSG schreibt für Beschwerden an die kantonalen Versicherungsgerichte vor, dass sie eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung enthalten müssen. Genügt eine Beschwerde diesen Anforderungen nicht, so setzt das Versicherungsgericht der Beschwerde führenden Person eine angemessene Frist zur Verbesserung und verbindet damit die Androhung, dass sonst auf die Beschwerde nicht eingetreten werde. Dieser Grundsatz der Nachfristansetzung ist Ausdruck des Verbots des überspitzten Formalismus und stellt einen allgemeinen prozessualen Rechtsgrundsatz dar, der sich aus dem in Art. 61 lit. a ATSG verankerten Prinzip des einfachen Verfahrens ergibt (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 52 zu Art. 61, mit weiteren Hinweisen). Vom Ansetzen einer Nachfrist ist lediglich dann abzusehen, wenn ein rechtsmissbräuchliches Verhalten vorliegt, wobei das Bundesgericht in 134 V 168 f. E. 5.2 entschieden hat, dass ein solches nicht bereits gegeben ist, wenn der Rechtsvertreter der Beschwerde führenden Person rechtskundig ist. Falls aufgrund der Sachlage eine rechtsgenügende Beschwerdebegründung praktisch nicht ohne Aktenkenntnis möglich ist, die rechtsunkundige Partei, die selbst die Akten nicht besitzt, in gutem Glauben erst kurz vor Ablauf der Beschwerdefrist einen Rechtsvertreter mandatiert hat, und diesem weder eine rechtzeitige Aktenbeschaffung noch eine sonstige hinreichende Beurteilung des Sachverhalts möglich ist (z.B. aufgrund eines Instruktionsgesprächs mit der Klientin), wird es nach dem zitierten Urteil des Bundesgerichts (BGE 134 V 168 f. E. 5.2) als genügend erachtet, wenn der Rechtsvertreter unverzüglich die Akten einholt und nach deren Eingang die innert Frist vorsorglich eingereichte Beschwerde mit einer Begründung ergänzt.

1.3 Rechtsanwalt Kolb macht geltend, mangels Aktenkenntnis sei es ihm nicht möglich gewesen, aufgrund des mangelhaft begründeten Einspracheentscheids eine einlässlich begründete Beschwerde zu erheben. Wegen der fehlenden Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin und der Tatsache, dass keine geordneten Akten vorgelegen hätten, habe die Instruktion durch seine Mandantin nur sehr rudimentär erfolgen können. Er sei auch relativ kurzfristig beauftragt worden und abwechselnd mit der



Beschwerdeführerin abwesend gewesen, so dass es ihm nicht möglich gewesen sei, innert Frist eine ausführliche Beschwerdeschrift zu verfassen. Zudem entspreche es der Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, vorsorgliche Beschwerden mit dem Antrag auf Akteneinsicht und Beschwerdeergänzung entgegenzunehmen und darauf einzutreten. - Die Beschwerdegegnerin unterstellt dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin rechtsmissbräuchliches Vorgehen und rechnet ihm vor, dass er seit der Unterzeichnung der Vollmacht am 23. September 2012 bis zum Ablauf der Rechtsmittelfrist (frühestens) am

4. Oktober 2012 elf Tage Zeit gehabt habe, eine zumindest summarisch begründete Beschwerde mit einem Antrag in der Sache zu erheben. Durch seine Eingabe vom 18. Oktober 2012 habe er gezeigt, dass ihm dies rein aufgrund des angefochtenen Einspracheentscheids, der ihm für die ursprüngliche Beschwerde vom 3. Oktober 2012 vorgelegen habe, möglich gewesen sei.

1.4 Zwar erstaunt es, dass der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nicht umgehend bei der Suva Akteneinsicht verlangte, als die am 23. September 2012 unterzeichnete Vollmacht seiner Mandantin am Abend des 25. September 2012 bei ihm einging, wie er geltend macht. Mit Beschwerde vom 3. Oktober 2012 (act. G 1) und mit Ergänzung vom 18. Oktober 2012 (act. G 3) stellte er vielmehr dem Versicherungsgericht den Antrag auf Akteneinsicht. Die Vorakten gingen denn auch erst auf entsprechende Aufforderung des damaligen Präsidenten der Abteilung III an die Suva vom 22. Oktober 2012, ihm diese zuzustellen, am 31. Oktober 2012 bei ihm ein (vgl. act. G 4, G 8). Die Erhebung der Beschwerde vom 3. Oktober 2012 mit den Anträgen auf Akteneinsicht und Fristansetzung zur Beschwerdeergänzung und Begründung stellt jedoch keinen offenbaren Rechtsmissbrauch dar - und nur ein solcher findet gemäss Art. 2 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) keinen Rechtsschutz (vgl. THOMAS GÄCHTER, Rechtsmissbrauch im öffentlichen Recht, Zürich 2005, S. 67 f., BGE 134 V 33 E. 4). Die Einsichtnahme in die vollständigen Vorakten bildete Voraussetzung für die Begründung der Beschwerde. Die Tatsache, dass der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin diese beim Gericht beantragte und nicht - vor der Beschwerdeerhebung am 3. Oktober 2012 - direkt an die Beschwerdegegnerin gelangte, kann nicht als nicht mehr zu billigendes (vgl. GÄCHTER, a.a.O. S. 68) und somit offenbar rechtsmissbräuchliches Vorgehen



qualifiziert werden, das dem Gericht eine Nachfristansetzung gemäss Satz 2 von Art. 61 lit. b ATSG gleichsam verboten hätte. Selbst wenn er nach Eingang der Vollmacht umgehend direkt bei der Beschwerdegegnerin die Vorakten zur Einsicht angefordert hätte, ist nämlich offen, ob ihm diese rechtzeitig vor Ablauf der Beschwerdefrist zugegangen wären und er noch Zeit gehabt hätte, eine den Anforderungen gemäss Art. 61 lit. b 1. Satz ATSG genügende Beschwerde zu verfassen.

1.5 Nachdem die unvollständige Beschwerde vom 3. Oktober 2012 unbestrittenermassen innerhalb der Rechtsmittelfrist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG erhoben, innert Nachfrist ergänzt worden und nicht rechtsmissbräuchlich im Sinn der Rechtsprechung war, hat sie als rechtzeitig erfolgt zu gelten. Die Eintretensvoraussetzungen der Rechtzeitigkeit und der Rechtsgenügllichkeit sind damit erfüllt. Auch die Voraussetzungen der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen sind gegeben. Auf die Beschwerde vom 3. Oktober 2012, ergänzt am 18. Oktober 2012 und 7. Januar 2013, ist daher einzutreten.

2.

2.1 In der Sache ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Heilungskosten und Taggeldzahlungen zu Recht per 30. November 2011 eingestellt und den adäquaten Kausalzusammenhang der andauernden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin zum Unfall vom 10. Dezember 2008, soweit sie nicht die Folgen am rechten Unterschenkel betreffen, verneint hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen der Leistungspflicht der Unfallversicherung für Unfallfolgen gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der einschlägigen Rechtsprechung zutreffend dargestellt (E. 1.a ff.). Darauf kann verwiesen werden.

2.3



2.3.1 Nach dem Unfall vom 10. Dezember 2008 blieben als organische Befunde im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen eine in Valgus-Fehlstellung verheilte Fraktur des rechten Unterschenkels mit einer Pseudarthrose der Fibula und bei Verdacht auf eine leichte Rotations-Fehlstellung im rechten Unterschenkel zurück (vgl. UV-act. 117 f., 125, 131, 142, 149 und zur Umschreibung der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen SVR 2012 UV Nr. 5 S. 17 [8C_310/2011], E. 4.1, und SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25 [8C_216/2009], E. 2 [nicht publiziert in BGE 135 V 465], je mit Hinweisen). Die beim Unfall erlittene Commotio cerebri und die rechtsseitigen HWS- und Schädelkontusionen führten nicht zu nachweisbaren strukturellen Veränderungen (vgl. UV-act. 6, 17, 56 f., 79, 117, 149). Die Punktwerte der Beschwerdeführerin auf der Glasgow Koma Skala (oder Glasgow Coma Scale, abgekürzt GCS) sanken nach der Hirnerschütterung (Commotio cerebri) nie unter 15 (vgl. UV-act. 6). Bei diesem Höchstwert kann - wie bereits ab einem Punktwert von 13 der Fall - nur von einem leichten Schädel-Hirntrauma gesprochen werden (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., Berlin/New York 2011, S. 759 zu "Glasgow Coma Scale" mit Tabelle S. 760 und S. 1839 zu "Schädelhirntrauma"). Die anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 10. Mai 2011 weiterhin geäusserten Schmerzen an der gesamten rechten Körperhälfte waren aus chirurgisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar; ihnen entsprach nur am rechten Bein die vorstehend beschriebene, unfallkausale strukturelle Schädigung (UV-act. 117).

2.3.2 Die psychiatrische Diagnose war anlässlich des Fallabschlusses nicht mehr durch eine Fachperson aus der Psychiatrie aktualisiert worden. Sie hatte von einer posttraumatischen Belastungsstörung im Austrittsbericht des Kantonsspitals vom 22. Dezember 2008 (UV-act. 6) auf diejenige einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) bei Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung im Psychiatrie-Zentrum gewechselt; wobei dort im Verlauf zunehmend auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) festgestellt worden waren (UV-act. 19). Anlässlich der stationären psychiatrischen Behandlung vom 1. September bis 1. Oktober 2009 in der Klinik St. Pirminsberg wurde ausschliesslich eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert (UV-act. 36), während Dr. J.____ für die anschliessende ambulante Behandlung ab 29. Oktober 2009 eine mittelgradige depressive Episode ICD-10: F32.1 mit restlicher posttraumatischer Symptomatik in Form von Albträumen verzeichnete (UV-act. 77). Für



die Dauer von rund drei Jahren, während denen sie Versicherungsleistungen erbrachte (vom Unfalltag [10. Dezember 2008] bis am 30. November 2011), anerkannte die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität auch der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen.

2.3.3 Die physischen Folgen des Unfalls wurden so umfassend wie möglich und sinnvoll abgeklärt mittels körperlicher Untersuchungen der Beschwerdeführerin durch Fachpersonen für Chirurgie/Traumatologie bzw. Orthopädie, Neurologie und Oto-Rhino-Laryngologie sowie mittels bildgebender Erhebungen (Röntgen, MRI, Skelettszintigraphie). Verschiedene Abklärungen scheiterten an der mangelnden Mitwirkung der Beschwerdeführerin, so insbesondere die Vestibularisabklärung bzw. die oto-neurologischen Untersuchungen vom 26. Januar 2011 und 11. März 2011, teilweise weil sie trotz mehrfachen Versuchen, ihr diese abzutrainieren, auch mehr als zwei Jahre nach dem Unfall weiterhin nur an Unterarm-Gehstützen mobil war (UV-act. 113 bzgl. Romberg und Unterberger Tretversuch, UV-act. 12, 30, 74, 79, 99, 101 bzgl. stockfreiem Gehen). Aber auch Teile der chirurgisch-traumatologischen Abklärungen, im Verlauf derer die Untersuchenden die Gelenkfunktionen der rechten unteren Extremität wegen kontinuierlicher Schmerzangabe der Patientin, teilweise auch wegen Verständigungsschwierigkeiten, nicht überprüfen konnten, waren nicht umfassend möglich (vgl. UV-act. 44, 53, 117, 125). Ein CT mit der Frage nach Achsen- und Rotationsbestimmung im Unterschenkel/OSG-Bereich als mögliche zusätzliche Abklärungsmassnahme wurde aufgrund der Beurteilung von Dr. Z. ___ und Dr. N. ___ gar nicht erst in Auftrag gegeben, weil es nur vor dem Hintergrund einer geplanten Korrekturoperation Sinn machen würde, und von der sie bei der Patientin aufgrund ihrer pessimistischen Prognose von vornherein abzusehen empfahlen (vgl. UV-act. 125). Die vorliegenden Entscheidungsgrundlagen stützen sich auf sämtliche Untersuchungsergebnisse und Verlaufsberichte und beziehen, soweit möglich, auch Indizien in die Beurteilung ein (z.B. die Abnützung der Schuhe oder fehlende Hinweise auf eine Muskelatrophie am rechten Bein, UV-act. 44), womit das Bild abgerundeter wird. Die Beurteilungen der versicherungsexternen und -internen Fachpersonen sind widerspruchsfrei und schlüssig. Bei dieser Ausgangslage darf das Gericht den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 f. E. 4.3.2 und E. 4.4 mit Hinweisen). Da der adäquate Kausalzusammenhang der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu



verneinen ist, wie nachfolgend (E. 2.7) zu zeigen sein wird, erübrigt sich eine weitere Ergründung ihres natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis (vgl. BGE 135 V 472 E. 5.1 mit Hinweisen). Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Anordnung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens ist daher abzuweisen.

2.4 Für die physischen Unfallfolgen der Beschwerdeführerin stand mit den Abschlussuntersuchungen durch Dr. Y.____ vom 10. Mai 2011 (UV-act. 117) sowie von Dr. Z.____ und Dr. N.____ vom 6. Juli 2011 (UV-act. 125) und aufgrund der zusätzlichen, vor allem bildgebenden Untersuchungen fest (UV-act. 118, 142, 149), dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mehr zu erwarten war und daher in Anwendung von Art. 19 Abs. 1 UVG ihr Anspruch auf allfällige weitere Versicherungsleistungen geprüft werden konnte. Praxisgemäss ist das auch der Zeitpunkt für die Prüfung der (adäquaten) Kausalität (vgl. BGE 134 V 113 ff. E. 4 und Urteil des Bundesgerichts vom 31. Juli 2013, 8C_970/2012, E. 2.3 mit weiteren Hinweisen). Die Wahl des Datums vom 30. November 2011 für die Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen (Heilungskosten und Taggeld), die Adäquanzprüfung sowie die Prüfung des Anspruchs auf eine allfällige Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung erweist sich vor diesem Hintergrund als begründet und rechtsprechungskonform.

2.5 Die Adäquanzprüfung erfolgt nach der Schleudertrauma-Praxis wenn ein Schleudertrauma bzw. eine Distorsion der HWS durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert ist. Dasselbe gilt auch für Schädelhirntraumata (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2010, 8C_792/2009, E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 E. 1, BGE 117 V 360 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die



Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 367 E. 6a beschriebenen und in BGE 134 V 126 ff. E. 10 modifizierten Kriterien (BGE 138 V 250 f. E. 4). Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Otmar Trentz/Volker Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. Mai 2003, U 6/03, E. 3.2). Ein Schleudertrauma bzw. ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma ist bei der Beschwerdeführerin nicht attestiert worden (vgl. UV-act. 6). Im Bericht über die Untersuchung vom 30. April 2009 in der Schmerz-Sprechstunde hielten die Ärztinnen ausdrücklich fest, aufgrund der fehlenden anamnestischen Aussagen zum Unfallhergang sei die Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas nicht möglich (UV-act. 14). Hingegen wurde von Anfang an eine Hirnerschütterung diagnostiziert (UV-act. 6). Dr. F. ___ und Assistenzärztin G. ___ führten im Bericht vom 7. Mai 2009 weiter an, nach der Klassifikation der International Headache Society (IHS) könne ein chronischer posttraumatischer Kopf- und Nackenschmerz nach Schädelanpralltrauma diagnostiziert werden (UV-act. 14). Das erlittene Schädelhirntrauma mit GCS-Werten von durchwegs 15 war im Sinn der zitierten Rechtsprechung leicht und es kann nicht im Grenzbereich zwischen einer Commotio und einer Contusio cerebri eingeordnet werden. Aus diesen Gründen ist die Adäquanz der über den Einstellungszeitpunkt von Ende November 2011 hinaus andauernden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nach der sogenannten Psycho-Praxis (nach BGE 115 V 133) zu prüfen und findet die Schleudertrauma-Praxis keine Anwendung. Die Adäquanzprüfung hat auch schon deshalb nach der sogenannten Psycho-Praxis zu erfolgen, weil die Beschwerdeführerin bereits seit der Erstbehandlung am Kantonsspital an einer posttraumatische Belastungsstörung litt (UV-act. 6) und die psychiatrischen Beschwerden - teilweise auch in Form einer schweren oder mittelschweren



depressiven Episode (ICD-10: F32.2 bzw. F32.1, vgl. UV-act. 19, 77) - durchwegs im Vordergrund standen und die Auswirkungen der physischen Unfallfolgen in den Hintergrund drängten (vgl. UV-act. 14, 27 f., 74, 101).

2.6 Die Unfallschwere, die für die Adäquanzprüfung zuerst zu bestimmen ist, ist objektiv aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Nicht zu berücksichtigen sind die Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; derartigen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 [8C_398/2012] E. 5.2, SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83 [8C_435/2011] E. 4.2). Das Unfallereignis vom 10. Dezember 2008 kann weder als leicht bzw. banal noch als schwer qualifiziert werden. Die Beschwerdeführerin wurde laut Polizeirapport vom 11. Januar 2009 auf der linken Körperseite vom Motorrad des Unfallverursachers erfasst und an den rechten Strassenrand geschleudert (UV-act. 4). Dieses Ereignis hat die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit der einschlägigen Rechtsprechung zu Recht als mittelschwer eingestuft (vgl. SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 [8C_398/2012] E. 5.2 mit ausführlicher Kasuistik und weiteren Hinweisen). Was die Beschwerdeführerin gegen diese Einstufung vorbringen lässt, bezieht sich nicht auf den objektivierten Geschehensablauf, sondern beruht auf den Unfallfolgen, und ist nach der Rechtsprechung bei der Beurteilung des Schweregrads des Ereignisses gerade nicht zu berücksichtigen.

2.7

2.7.1 Bei der Adäquanzprüfung nach der sogenannten Psycho-Praxis werden die zusätzlich zu beachtenden Kriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (vgl. BGE 134 V 112 E. 2.1, BGE 115 V 140 E. 6c/aa). Die Adäquanz der weiterhin geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen zum Unfall vom 10. Dezember 2008 - ausser denjenigen am rechten Unterschenkel, die gegeben ist - kann nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 [8C_398/2012] E. 6 Ingress mit Hinweisen; Adäquanzkriterien besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen 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).

2.7.2 Die Beschwerdeführerin lässt ausführen, die besondere Art der erlittenen Verletzungen, die psychische Fehlentwicklung nach dem Unfall, die ungewöhnlich lange Dauer der Behandlung und die weiteren Unfallfolgen in Form von körperlichen Beeinträchtigungen, Schmerzen und der offensichtlich schwierige Heilungsverlauf seien näher abzuklären und zu würdigen. Eine detaillierte Begründung, weshalb eines der angesprochenen Adäquanzkriterien erfüllt sein soll, führt sie nicht an, wobei die psychische Fehlentwicklung nach dem Unfall gerade kein Adäquanzkriterium nach der vorstehenden Liste ist (vgl. E. 2.7.1).

2.7.3 An physischen Verletzungen erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 10. Dezember 2008 einen Bruch des Unterschenkels und stiess sich Kopf und Hals an, was zu einer leichten Hirnerschütterung führte (UV-act. 4, 6). Dabei handelt es sich nicht um Verletzungen, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen zu verursachen; sie erfüllen das Adäquanzkriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen nicht (vgl. SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83 [8C_435/2011] E. 4.2.7 und Kasuistik in SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 [8C_398/2012] E. 6.2).

2.7.4 Das Adäquanzkriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist ausschliesslich für die somatischen Unfallfolgen zu prüfen. Die Unterschenkel-Fraktur war am Unfalltag mit einem Marknagel gerichtet und fixiert worden und die Beschwerdeführerin war während neun Tagen (10. bis 18. Dezember 2008) hospitalisiert (UV-act. 6). Danach fanden die üblichen Nachkontrollen zwei und dreieinhalb Monate sowie ein halbes, ein und eineinhalb Jahre nach dem Unfall statt (UV-act. 8, 12, 27, 44, 83). Anlässlich der Nachkontrolle vom 23. Juni 2010 wurde die Entfernung des Marknagels empfohlen, die am 15. Oktober 2010 durchgeführt wurde und zu einer Hospitalisation vom 14. bis 18. Oktober 2010 führte. Danach sahen die Ärztinnen und Ärzte der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals keine Kontrollen mehr vor (UV-act. 83, 98 f.). Zusätzlich zu den orthopädisch-chirurgischen Abklärungen fand am 30. April 2009 eine einmalige Untersuchung in der Schmerz-



Sprechstunde des Kantonsspitals mit vorgängigem MRI des Neurocraniums am 31. März 2009 statt (UV-act. 14, 17). Die Untersuchung der Wirbelsäule erfolgte am 19. Januar 2010, das MRI derselben wurde am 21. Januar 2010 erstellt und am 2. Februar 2010 mit der Patientin besprochen (UV-act. 53, 56 f.). Die Physiotherapie, vor allem zur Gangschulung, wurde etwa zwei Monate nach der Operation aufgenommen, wobei anlässlich der Schmerz-Sprechstunde vom 30. April 2009 und der Besprechung vom 9. November 2009 Therapien zweimal wöchentlich berichtet wurden (UV-act. 8, 14, 28, 30, 38). Anfängliche Angaben zur Häufigkeit fehlen auch für die Konsultationen beim Hausarzt, für die am 9. November 2009 ein zweiwöchentlicher Rhythmus angegeben wurde (UV-act. 38). Allerdings betrafen diese Konsultationen spätestens ab 3. August 2009 vorwiegend die psychischen Beeinträchtigungen, die bei der Adäquanzbeurteilung nicht berücksichtigt werden können (vgl. Kurzbericht Dr. K.____ vom 3. August 2009, UV-act. 28). Am 15. November 2010 hielt der Hausarzt denn auch ausdrücklich fest, dass bei ihm keine Behandlung mehr stattfindet, die Patientin dafür zum Psychiater gehe und er sie nur bei Bedarf berate (UV-act. 101). Auch die übrigen ärztlichen Untersuchungen an der Hals-Nasen-Ohrenklinik vom 26. Januar 2011 und 11. März 2011 (UV-act. 113), durch Kreisarzt Dr. X.____ am 23. Juni 2010 (UV-act. 79) und durch Kreisarzt Dr. Y.____ am 10. Mai 2011 (UV-act. 117), die von der Suva veranlasste Nachkontrolle an der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Kantonsspitals vom 6. Juli 2011 (UV-act. 125) sowie die Skelettszintigraphie vom 5. Oktober 2011 (UV-act. 142) dienen vor allem der Abklärung der Unfallfolgen. Die eigentliche Behandlung der somatischen Unfallfolgen beschränkte sich nach dem Ende des Spitalaufenthalts unmittelbar nach dem Ereignis auf die Einnahme von Analgetika und auf Physiotherapie. Die Ärzte kontrollierten lediglich die Fortschritte der Frakturheilung und verordneten Physiotherapie. Dabei kann nicht von einer kontinuierlichen, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichteten ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt rechtsprechungsgemäss nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (vgl. SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 [U 479/05] E. 8.3 und Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2008, 8C_359/2008, E. 6.3, je mit Hinweisen). Das Adäquanzkriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist vorliegend somit nicht erfüllt.



2.7.5 Die Beschwerdeführerin macht weiter Schmerzen geltend, die sie an der gesamten rechten Körperhälfte lokalisiert. Bereits anlässlich der Schmerz-Sprechstunde vom 30. April 2009 fanden sich weder klinisch noch MR-tomographisch Anhaltspunkte für eine symptomatische Kopfschmerzursache und kein sicheres motorisches oder sensibles Defizit in der neurologischen Untersuchung. Vielmehr standen schon damals die psychiatrischen Beschwerden mit einer schweren Depression im Vordergrund und wurde in erster Linie eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung vorgeschlagen (UV-act. 14). Die Schmerzen waren und sind zu einem wesentlichen Teil psychisch bedingt und fallen daher bei der Adäquanzprüfung ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juni 2007, U 159/05, E. 5.3).

2.7.6 Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2011, 8C_1044/2010, E. 4.4.5 mit weiterem Hinweis). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Die kurzzeitig aufgetretenen Hautprobleme (vgl. UV-act. 8, Sachverhalt A.b) stellen keine erhebliche Komplikation dar. Dieses Adäquanzkriterium ist daher ebenfalls zu verneinen.

2.7.7 Für die Erfüllung der weiteren Adäquanzkriterien besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bestehen keine Anhaltspunkte. Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind bei der Beschwerdeführerin ebenfalls weitgehend durch die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bestimmt und damit hier nicht zu berücksichtigen. Spätestens als sie das rechte Bein wieder voll belasten durfte, was anlässlich der Nachkontrolle vom 20. März 2009 bestätigt worden war (UV-act. 12), wäre es der Beschwerdeführerin nämlich möglich gewesen, ihre Arbeitstätigkeit als Näherin, die sie zu 90% in sitzender Position ausübte, wieder aufzunehmen.

2.7.8 Zusammenfassend ist keines der sieben Adäquanzkriterien erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den über



Ende November 2011 andauernden Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem erlittenen Unfall daher zu Recht verneint.

2.8 Die Beschwerdeführerin lässt die Unfallkausalität ihrer anhaltenden Gesundheitsbeeinträchtigungen weitgehend damit begründen, dass sie vor dem Unfall gesund und voll arbeitsfähig gewesen sei und keinerlei Anzeichen für eine Beeinträchtigung physischer oder psychischer Natur vorgelegen hätten. Als Auslöser käme nur der Unfall vom 10. Dezember 2008 in Frage, weshalb er als Ursache zu anerkennen sei. Die dabei angewendete Formel "post hoc ergo propter hoc" oder "danach ist deswegen" ist jedoch nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, sofern eine Verletzung keine strukturellen Schädigungen verursacht hat (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52 [8C_590/2007] E. 7.2.4 sowie Urteile des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2011, 8C_476/2011, E. 7.2.1 und vom 9. Mai 2011, 8C_979/2010, E. 6.2, je mit Hinweisen). Aus den genannten Argumenten der Beschwerdeführerin kann daher nichts abgeleitet werden.

2.9 Wie dargestellt (im Detail E. 2.7), wurde der adäquate Kausalzusammenhang der anhaltenden Gesundheitsbeeinträchtigungen zum Unfall vom 10. Dezember 2008 zu Recht verneint, wobei die Unfallfolgen am rechten Unterschenkel - wie bereits erwähnt - ausgenommen sind. Da auch der Einstellungszeitpunkt bzw. Zeitpunkt der Adäquanzprüfung mit dem 30. November 2011 korrekt gewählt worden war (vgl. E. 2.4), wurden die Heilungskosten und Taggeldleistungen zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt.

3.

3.1 Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin allein

durch die Folgen der unfallkausalen strukturellen Schädigung an ihrem rechten Unterschenkel eingeschränkt ist und sie daher Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung hat.



3.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin auch die rechtlichen Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG sowie den Begriff der Erwerbsunfähigkeit zutreffend dargestellt (E. 2.a). Auch darauf kann verwiesen werden.

3.3

3.3.1 Die Beschwerdeführerin lässt insbesondere geltend machen, allein schon aufgrund ihres psychischen Zustands 100% arbeitsunfähig und daher gänzlich erwerbsunfähig zu sein. Wie in E. 2, besonders E. 2.7, dargestellt, fehlt der Kausalzusammenhang der psychischen und übrigen Gesundheitsbeeinträchtigungen, soweit sie nicht - wie diejenigen am rechten Unterschenkel - auf eine strukturelle Schädigung zurückzuführen sind. Die Prüfung, ob deshalb eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, ist daher allein auf Letztere zu beschränken. Da die Beschwerdeführerin weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen aufweist, für deren (wirtschaftliche) Folgen, wie ausgeführt, ab Dezember 2011 nicht mehr die Unfallversicherung aufzukommen hat, und weil sie nach dem Unfall keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, müssen ihre Erwerbsunfähigkeit und ihr allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung hypothetisch geprüft werden (vgl. BGE 130 V 346 f. E. 3.2).

3.3.2 Die Beschwerdegegnerin hat die Beschreibung der früheren Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Näherin und die Tatsache, dass sie dabei zu 90% sitzend arbeiten konnte, im angefochtenen Einspracheentscheid korrekt aus den Akten zusammengetragen (E. 3.a f. mit Verweis auf UV-act. 38, 59). Die von Kreisarzt Dr. Y.____ am 25. Oktober 2011 formulierte Zumutbarkeitsbeurteilung (UV-act. 149), eine sitzende Tätigkeit ohne besondere Beanspruchung des rechten Fusses sei ganztags möglich; Gehen bzw. Stehen auf einer ebenen Unterlage sei bis zu 30 Minuten ohne Unterbrechung möglich, sollte jedoch intervallweise maximal bis höchstens 50% der Arbeitszeit ausmachen; nicht möglich sei das Besteigen von Leitern oder Gerüsten oder Gehen in unwegsamem Gelände, das Begehen von Treppen nur ausnahmsweise; die Gewichtsbelastung über kurze Strecken bei ebener Unterlage könne dabei höchstens 10 kg betragen; führte in der angestammten Arbeit als Näherin nicht zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, da Tätigkeiten, die nicht oder nur eingeschränkt möglich waren, dabei nicht vorkamen. Die Folgen der



psychischen Beeinträchtigungen sind bei der Ermittlung der hypothetischen Arbeitsfähigkeit vorliegend ausser Acht zu lassen. Rein aufgrund der adäquat kausalen Unfallfolgen ist diese nicht eingeschränkt. Bei einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen, das dem Valideneinkommen entspricht, so dass keine Erwerbseinbusse und keine Invalidität entstehen. Das gilt sowohl in der Erwerbstätigkeit als Näherin als auch - wie von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 18. November 2011 (UV-act. 154) zusätzlich korrekt dargelegt - in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht einen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung verneint.

4.

4.1 Weiter sind der Zeitpunkt, zu welchem die Integritätseinbusse zu bestimmen ist, und deren Ausmass streitig. Letzteres sollte nach Auffassung der Beschwerdeführerin anlässlich der beantragten polydisziplinären Begutachtung unter Berücksichtigung sämtlicher Unfallfolgen bestimmt werden.

4.2 Die vorstehenden Ausführungen (E. 2.4) zum Zeitpunkt der Adäquanzprüfung, der Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf weitere Versicherungsleistungen treffen in Anwendung von Art. 24 Abs. 2 UVG auch auf die Zusprechung der Integritätsentschädigung zu, da diese mit der Invalidenrente oder allenfalls bei Beendigung der ärztlichen Behandlung festgelegt wird. Wie in E. 2.3 dargelegt, ist der Antrag der Beschwerdeführerin auf Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung abzuweisen und sind die (physischen) Unfallfolgen genügend dokumentiert. Eine unfallkausale Integritätseinbusse besteht bei ihr am rechten Unterschenkel. Für weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen wurde die Unfallkausalität verneint (vgl. E. 2.7) und ergibt sich daher auch kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

4.3

4.3.1 Dr. Y.____ hatte am 20. Juli 2011 die Integritätseinbusse der Beschwerdeführerin mit 12.5% eingeschätzt. Dabei ging er von 25% des Wertes von 50% aus, der gemäss



Feinrastertabelle 2.2 dem Integritätsschaden bei völliger Gebrauchsunfähigkeit eines Beines entspreche (Feinrastertabelle 2.2 abrufbar unter <http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>). Diesen Wert begründete der Kreisarzt mit dem Status nach Unterschenkel-Schaftfraktur rechts vom 10. Dezember 2008 mit operativer Versorgung mittels Tibia-Marknagel, in Valgus-Fehlstellung verheilt, mit Pseudarthrose der Fibula und Verdacht auf leichte Rotations-Fehlstellung im rechten Unterschenkel. Er führte weiter aus, dass aufgrund der Verletzungsfolgen zumindest im Sprunggelenk eine Arthrose entstehen werde, die sich aber noch nicht zeige (UV-act. 131).

4.3.2 Gegen diese Einschätzung bringt die Beschwerdeführerin keine substantiierten Einwände vor. Sie ist in korrekter Anwendung der einschlägigen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen festgelegt worden (Art. 24 f. UVG, Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202] und Anhang 3 zur UVV, wo der Verlust eines Beines im Kniegelenk mit 40% und oberhalb des Kniegelenks mit 50% Integritätsentschädigung skaliert wird). Insbesondere ist die voraussehbare Verschlimmerung des Integritätsschadens durch die Entwicklung einer Arthrose im Sprunggelenk gemäss Abs. 4 von Art. 36 UVV berücksichtigt worden.

4.3.3 Die Integritätsentschädigung ist auch korrekt berechnet worden. 12.5% des zum Zeitpunkt des Unfalls vom 10. Dezember 2008 höchstversicherten Jahresverdienstes von Fr. 126'000.-- (vgl. Art. 25 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 18 ATSG, Art. 15 Abs. 3 UVG und Art. 22 Abs. 1 UVV) ergeben den von der Beschwerdegegnerin errechneten Betrag von Fr. 15'750.--. Sie ist daher nicht zu beanstanden.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 3. Oktober 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.