



Fall-Nr.: UV 2016/68
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2018
Entscheiddatum: 08.06.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 08.06.2018

Art. 24 Abs. 1 UVG: Anspruch auf Integritätsentschädigung aufgrund in leichter Fehlstellung verheilter Mittelfussfrakturen verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2018, UV 2016/68). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_555/2018.

Entscheid vom 8. Juni 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2016/68

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Debora Bilgeri, Advokaturbüros Dähler & Lippuner, Poststrasse 12, 9000 St. Gallen,



gegen

Groupe Mutuel Versicherungen AG, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1920 Martigny,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.____ tätig und dadurch bei der Groupe Mutuel Versicherungen AG (nachfolgend: GMA AG) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 6. Juni 2011 verletzte sie sich beim Einsteigen in den Bus den linken Fuss. Noch am selben Tag begab sich die Versicherte in Behandlung bei Dr. med. C.____, Spezialarzt Orthopädie FMH. Dieser hielt im Bericht vom 27. September 2011 fest, dass sich die Versicherte mit einem Schonhinken links vorgestellt habe und der linke Vorfuss schmerzhaft und geschwollen gewesen sei. Er stellte ein abgeflachtes Längsgewölbe sowie eine Druckdolenz der Metatarsalia (MT, Plural von Mittelfussknochen) 4 und 5 mit livider Färbung fest. Eine Röntgenuntersuchung brachte eine subcapitale Metatarsale (MT, Singular von Mittelfussknochen) 5 Fraktur und eine Mehrfragmentfraktur des MT 4 bei Senkfuss links zur Darstellung (act. G 9.1/2; act. G 9.1/3).

A.b Nach anfänglich konservativer Behandlung (vgl. act. G 9.1/3) hatte Dr. C.____ bei der Versicherten am 22. September 2011 aufgrund einer verzögerten Knochenheilung (vgl. act. G 9.1/4) eine Plattenosteosynthese MT 4 mittels Spongiosaplastik vom Pilon tibial durchgeführt (act. G 9.1/3; act. G 9.1/6). Im Austrittsbericht vom 28. September 2011 hielt Dr. C.____ fest, dass insgesamt ein problemloser postoperativer Verlauf vorliege (act. G 9.1/6).



A.c Es folgten weitere Untersuchungen bei Dr. C.____. Am 6. Dezember 2011 informierte er den Hausarzt der Versicherten, Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, darüber, dass der Patientin ein Kind auf den linken Vorfuss gefallen sei. In der Folge sei dieser geschwollen gewesen und habe geschmerzt. Dr. C.____ merkte an, dass die diversen von der Patientin beklagten Beschwerden nicht objektiviert werden könnten. Der Knochen sei tadellos geheilt, und bei Druck auf die MT gebe die Patientin keinen Schmerz an, jedoch polstere sie den Vorfuss im Schuh wegen Druckschmerzen. Auch sei nicht nachvollziehbar, warum sie im Bereich des oberen Sprunggelenks (OSG) kein Gefühl haben sollte, da auf dieser Höhe kein Trauma dokumentiert sei. In einem Bericht an die GMA AG vom 7. Februar 2012 hielt Dr. C.____ fest, dass ausser einem abgeflachten Längs- und Quergewölbe und einer Druckdolenz der MT 3-4 und deren Köpfchen sowie einer leichten Hyposensibilität über dem Fussrücken links ein unauffälliger Befund bestehe (act. G 9.1/8). Mit Schreiben vom 21. Februar 2012 informierte Dr. C.____ Dr. D.____ darüber, dass die Versicherte mit den Einlagen nun recht gut laufe. Sie gebe aber an, dass sie beim Knien respektive Sitzen auf dem Fuss die Zehen 2-4 nicht genügend biegen könne und dann Schmerzen habe. Klinisch liege ein unveränderter Befund des linken Fusses mit fast symmetrisch freier Zehengrundgelenksbeweglichkeit vor (act. G 9.1/9). Mit Bericht vom 1. Juni 2012 setzte Dr. C.____ die GMA AG darüber in Kenntnis, dass die Versicherte bei der Abschlussuntersuchung vom 19. März 2012 über eine eingeschränkte Beweglichkeit gewisser Gelenke am linken Fuss berichtet habe, wodurch sie etwas behindert sei, jedoch ohne Schmerzen. Klinisch liege links ein leichter Senk-Spreizfuss vor, und es bestehe eine Druckdolenz über den MT 3, 4 und 5 bei sonst unauffälligem Befund (act. G 9.1/10).

A.d In einem Bericht vom 18. August 2012 diagnostizierte Dr. D.____ einen Verdacht auf eine Blockierung des Illiosakralgelenks (ISG-Blockade) und eine Lumboischialgie links durch Fehlhaltung bzw. Fehlbelastung bei Status nach MT Fraktur 4 (Osteosynthese) und 5 (konservativ behandelt). Dr. D.____ erachtete einen Kausalzusammenhang der Rückenbeschwerden zum Unfallereignis als sehr wahrscheinlich, da die Versicherte bis zu diesem Zeitpunkt nie wegen Rückenbeschwerden in Behandlung gewesen sei. Allerdings erwähnte er, dass betreffend Rücken eher kein bleibender Nachteil zu erwarten sei (act. G 9.1/11). Die GMA AG bat sodann ihren beratenden Arzt, Dr. med. E.____, Facharzt FMH Chirurgie,



zert. med. Gutachter, um eine diesbezügliche Einschätzung. Dieser erachtete einen Kausalzusammenhang lediglich als möglich (act. G 9.1/12).

A.e Aufgrund wiederkehrender Schmerzen, Gefühlsstörungen und einer Hyposensibilität am linken Fuss sowie einer Hyposensibilität im Bereich des linken Unterschenkels wurde am 4. Dezember 2012 auf Zuweisung von Dr. C.____ eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. med. F.____, Neurologie FMH, durchgeführt. Dr. F.____ stellte klinisch zwar eine distale traumatische Läsion der linksseitigen Nervi peroneus und tibialis plantares fest, jedoch ergaben die elektrophysiologischen Untersuchungen, soweit sie durchgeführt werden konnten, keine Hinweise auf eine Polyneuropathie (act. G 9.1/13; vgl. auch act. G 1.3 S. 3 f.).

A.f Am 18. Februar 2013 erfolgte eine erneute dreitägige Hospitalisation der Versicherten in der Klinik Z.____ für eine Narbenexzision, eine Tenolyse der Strecksehnen 4 und 5 sowie für die Metallentfernung (act. G 9.1/14; act. G 9 S. 4; act. G 1 S. 3; act. G 9.1/19 S. 4).

A.g In der konsiliarischen Beurteilung vom 20. Juni 2013 hielt Dr. F.____ fest, dass die Versicherte am 13. Mai 2013 gestürzt sei und sich eine Fraktur des linken Handgelenks sowie des kleinen Fingers der rechten Hand zugezogen habe (act. G 9.1/17). Laut dem Physiotherapiebericht vom 3. Januar 2015 verlor die Versicherte aufgrund des Sturzes die zuvor erarbeitete Sicherheit im Gangbild. Die Versicherte habe ausgesagt, dass sie das Bein nicht habe kontrollieren können, als sich der Sturz ereignet habe (act. G 9.1/24).

A.h Für die Einholung einer Zweitmeinung wegen der Fusschmerzen begab sich die Versicherte am 15. Mai 2013 in Behandlung bei Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats. Dr. G.____ stellte als Befund einen diffusen Druckschmerz am gesamten Rückfuss, an der Fusssohle und im Zehenbereich fest. Die Schwellung sei nur noch gering bis mässig ausgeprägt. Es bestehe eine reizlose Operationsnarbe, die etwas verklebt sei. Auch über dem anteromedialen distalen Unterschenkel befinde sich eine reizlose Operationsnarbe. Eine Röntgenuntersuchung machte eine radiologisch konsolidierte Fraktur der MT 5 und MT 4 mit etwas unregelmässiger Knochenstruktur an der distalen MT 4 sichtbar.



Dr. G.____ veranlasste eine SPECT-CT Untersuchung sowie ein MRT am linken Fuss und forderte den neurologischen Bericht von Dr. F.____ an, bevor er am 5. Juni 2013 eine erneute Beurteilung vornahm. Die SPECT-CT Untersuchung am linken Fuss habe keinen Hinweis auf einen Sudeck oder eine Pseudarthrosenbildung ergeben, jedoch eine leicht erhöhte Tracer Aufnahme MT 4, DD: Remodeling, eine leicht aktivierte Arthrose Metatarsus sesamoidal medial MTP (Metatarsophalangeal-Gelenk) 1, eine leicht aktivierte Arthrose TMT (Tarsometatarsalgelenk) 2 und einen kleinen Knocheninfarkt Metaphysär distale Tibia (act. G 9.1/18). Die am 24. Mai 2013 im Röntgeninstitut Y.____, durch Dr. med. H.____, FMH Radiologie, durchgeführte MRT-Untersuchung hatte in leichter Fehlstellung verheilte Frakturen der MT 4 und 5, eine initiale Lisfranc-Arthrose, im TMT-Gelenk 2 aktiviert mit kleiner subkortikaler Geröllzystenbildung im Os cuneiforme 2 und perifokalem Spongiosaödem gezeigt. Im Übrigen hatte jedoch eine postoperativ normale Darstellung des Mittel-/Vorfusses ohne Nachweis einer morphologisch fassbaren Ursache für das angegebene Schwächegefühl bzw. die Missempfindungen im linken Mittel-/Vorfuss vorgelegen (act. G 9.1/16; act. G 9.1/18).

A.i Auf Veranlassung von Dr. G.____ erfolgte am 20. Juni 2013 eine erneute neurologische und elektrophysiologische Untersuchung der Versicherten durch Dr. F.____. Elektrophysiologisch liess sich weder eine Polyneuropathie noch eine relevante motorische Läsion des linken Nervus peroneus nachweisen. Dr. F.____ erwähnte allerdings in ihrem Bericht zur Untersuchung, dass sie ein Neurom oder auch ein Morton Neurom nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen könne (act. G 9.1/17).

A.j Am 28. Januar 2014 fand eine von der GMA AG veranlasste Untersuchung der Versicherten durch Dr. E.____ statt. In seinem Gutachten vom 30. Januar 2014 kam dieser im Wesentlichen zum Schluss, dass die bisher durchgeführten bildgebenden Untersuchungen auf den seitlichen Aufnahmen ein prominentes Hervortreten der Metatarsalköpfchen 2 und 3 bei einem leicht verkürzten Strahl 4 zeigten. Die Konsolidation von Strahl 5 Köpfchen sei mit einer leichten dorsalen Abweichung erfolgt. Demnach sei die Hauptbelastung nicht wie üblich auf Strahl 1 und 5, sondern auf den Metatarsalköpfchen 2-4. Die von der Versicherten beklagten Schmerzen, die Gefühlsstörung, das Anschwellen des Fusses sowie die gelegentlich einschliessenden Dolenzen bis in das OSG seien durch die Fehlhaltung im Vorfussbereich erklärbar. Eine



weitere Erklärung für die Dekompensation des Vorfusses bestehe darin, dass bei längerer Ruhigstellung die Quergewölbe bildende Vorfussmuskulatur atroph werde. Die elektromyographisch nicht verifizierte, klinisch subjektiv empfundene Schädigung des Nervus peroneus sei ebenfalls auf die Vorfussdekompensation zurückzuführen. Sämtliche objektiven Untersuchungen hätten ein negatives Resultat gezeigt. Anhaltspunkte für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom II (CRPS II) seien klinisch nicht nachvollziehbar. Unfallfremde Faktoren verneinte Dr. E. ___ grundsätzlich. Es liege eine Fussdekompensation bei Inaktivität vor, die mit entsprechender Fussgymnastik und entsprechenden therapeutischen Massnahmen behoben werden könne. Als Massnahmen, von welchen noch eine Besserung erwartet werden könne, empfahl Dr. E. ___ im Gutachten eine korrekte retrocapitale Abstützung oder allenfalls eine Helal Operation. Den Gesundheitszustand der Versicherten erachtete er mit Ausnahme der inaktivitätsbedingten Fussdeformation mit Spreizfussbildung und Überbelastung der Metatarsalköpfchen 2, 3 und 4 als stabil. Die Frage, ob als Folge des Unfalls vom 6. Juni 2011 eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität resultiere, verneinte er (act. G 9.1/19; act. G 15.2).

A.k Dr. med. I. ___, Klinik X. ___ stellte in einem von der GMA AG eingeforderten Bericht vom 4. November 2014 die Diagnose Status nach Quetschtrauma Fuss links vom 6. Juni 2011, residuale posttraumatische Beschwerden und Schwellung sowie Kniebeschwerden links. Als unfallfremde Faktoren für den Heilungsverlauf erwähnte Dr. I. ___ die posttraumatische Fuss-Deformität. Als zu erwartender bleibender Nachteil gab er ebenfalls die posttraumatische Deformität an (act. G 9.1/20).

A.l Aufgrund einer Aktenbeurteilung nahm der Vertrauensarzt der GMA AG, Dr. med. J. ___, Chirurgie FMH, Zertifizierter Gutachter SIM, in einem Bericht vom 18. November 2014 Stellung. Er erachtete den Gesundheitszustand der Versicherten als grundsätzlich stabil und bezeichnete die Therapiemassnahmen als ausgeschöpft. Wegen des Nichtansprechens auf alle Therapiemassnahmen, der Symptorausweitung sowie der Diskordanz der subjektiven Symptome und der objektiven Feststellungen dränge sich die Vermutung von nicht organischen, unfallfremden Faktoren auf (act. G. 9.1/21).

A.m Mit Verfügung vom 25. November 2014 stellte die GMA AG die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit Ausnahme der am 8. Oktober 2014 verordneten Serie Physiotherapie per 30. November 2014 ein (act. G 9.1/22).



A.n Nachdem die Versicherte gegen diese Verfügung am 9. Januar 2015 Einsprache erhoben hatte, erhielt die GMA AG einen Verlaufsbericht einer Physiotherapiebehandlung der Versicherten. In diesem ist vermerkt, dass die Versicherte am 17. Juni 2014 erneut gestürzt sei und sich dabei das linke Knie geprellt habe, was zu einem ausgeprägten Hämatom und einer Schwellung beim Fuss und im Kniebereich geführt habe (act. G 9.1/24). Ferner legte die GMA AG die Akten ihrem Vertrauensarzt Dr. J. ___ zur ergänzenden Beurteilung vor. Dieser führte in einer Stellungnahme vom 17. Juni 2015 aus, dass der Kausalzusammenhang zwischen einer Arthrose TMT 2 und dem Unfallereignis vom Juni 2011 höchstens möglich sei, weil die Arthrose an unterschiedlicher Lokalisation zu den Initialschäden sei. Eine neuralgieforme Komponente als Erklärung für die Beschwerden der Versicherten sei schon diskutiert, aber neurologisch nicht bestätigt worden. Das Beschwerdebild werde überlagert von multiplen, unfallfremden Komorbiditäten wie beispielsweise mehrmaligen Schulteroperationen, beidseitigen Senk-Spreizfüssen und unspezifischen Kniebeschwerden (act. G 15.1).

A.o Mit Einspracheentscheid vom 19. August 2015 wies die GMA AG die Einsprache der Versicherten ab (act. 9.1/25). Dieser wurde nicht angefochten.

B.

B.a In einer Verfügung vom 4. November 2015 verneinte die GMA AG den Anspruch der Versicherten auf eine Integritätsentschädigung (act. G 9.1/26).

B.b Mit Eingabe vom 1. Dezember 2015 erhob die Versicherte dagegen Einsprache (act. G 9.1/27). Mit Einspracheentscheid vom 29. August 2016 wies die GMA AG die Einsprache ab (act. G 9.1/28).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid reichte die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin, lic. iur. Debora Bilgeri, St. Gallen, mit Eingabe vom 28. September 2016 Beschwerde ein (act. G 1). Darin beantragt sie, dass der Einspracheentscheid vom 29. August 2016 aufzuheben und der



Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung von wenigstens 15 % zuzusprechen sei, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1 S. 2).

C.b Am 29. November 2016 ersuchte die GMA AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Dr. J.____ um eine Stellungnahme zur Integritätsentschädigung. Im Bericht vom 2. Dezember 2016 verneinte dieser eine aus dem Unfall vom 6. Juni 2011 resultierende dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität. Er beschrieb, dass das undifferenzierte Schmerzmuster, die Inkonsistenz zwischen dem Leidensdruck und den objektiven Feststellungen sowie das fehlende Ansprechen auf die Therapiemassnahmen über Jahre in der Regel für das Vorhandensein von unfallfremden Faktoren sprechen würden. Als unfallfremd bezeichnete er die Verminderung von Quer- und Längsgewölbe bei beidseitigem Senk-Spreizfuss sowie die Krallenzehen des initial nicht betroffenen Strahls 2 und 3. Als ebenfalls unfallfremd beschrieb er eine allfällige Arthrose im TMT 2, da weder der Strahl 2 noch das Lisfranc-Gelenk (zwischen Fusswurzel und MT, frakturfern) initial betroffen gewesen seien (act. G 9.1/29).

C.c Am 31. Januar 2017 nahm Dr. J.____ nach Prüfung des zur Verfügung gestellten Röntgendossiers nochmals Stellung. Er kam im Wesentlichen zum Schluss, dass als objektivierbare Unfallrestfolge einzig eine Achsenabweichung im Mittelfussbereich im Sinne einer Varisierung von weniger als 10 Grad vorliege. In der Regel würden bei subcapitalen Frakturen im Mittelfussbereich Achsenabweichungen bis 30 Grad problemlos toleriert. Bei der Versicherten bestünden überdies wesentliche statische Störungen bei Spreiz-Senkfuss mit ausgeprägtem Hallux valgus und Hammer-(Krallen)-Zehen, welche das Beschwerdebild teilweise zu erklären vermöchten, jedoch unfallfremd seien. Eine posttraumatische Arthrose lasse sich nach eingehender Prüfung des Dossiers nicht bestätigen, insbesondere finde sich weder eine relevante Arthrose des Lisfranc noch der MTP 2-5. Eine beginnende Arthrose MP 1 (gemeint wohl MTP 1) sei hingegen bereits auf den Unfallbildern ersichtlich (act. G 9.1/30).

C.d Mit Eingabe vom 3. Februar 2017 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Beschwerdeantwort samt Akten ein (act. G 9; act. G 9.1). Darin beantragt sie, dass die Beschwerde abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 29. August 2016 zu bestätigen sei. Jegliche anderweitigen Begehren seien abzuweisen (act. G 9 S. 15).



St.Galler Gerichte

C.e Die Beschwerdeführerin erstattete am 13. März 2017 Replik, in welcher sie an den gestellten Anträgen unverändert festhält (act. G 10 ff.).

C.f Mit Eingabe vom 5. April 2017 reichte die Beschwerdegegnerin noch fehlende Unterlagen nach und erstattete die Duplik. Darin hält sie an den in der Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2017 gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 15; act. G 15.1; act. G 15.2).

C.g Eine Stellungnahme seitens der Beschwerdeführerin zur Duplik blieb aus (act. G 16).

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Nachdem vorliegend ein Unfall aus dem Jahr 2011 zur Diskussion steht, sind die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen anwendbar.

2.

2.1 Mit Einspracheentscheid vom 19. August 2015 bzw. der diesem zu Grunde liegenden Verfügung vom 25. November 2014 hat die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus der obligatorischen Unfallversicherung für den Unfall der Beschwerdeführerin vom 6. Juni 2011 (grundsätzlich) per 30. November 2014 eingestellt (act. G 9.1/22; act. G 9.1/25). Die Leistungseinstellung ist im Wesentlichen damit begründet worden, dass von weiteren medizinischen Behandlungen keine namhafte Besserung mehr erwartet werden könne (act. G 9.1/25). Die Beschwerdegegnerin hat also im genannten Einspracheentscheid per 30. November 2014 einen Fallabschluss vorgenommen, womit sie davon



ausgegangen ist, der Zeitpunkt für eine Beurteilung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung sei erreicht (vgl. dazu Art. 19 Abs. 2 UVV; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143 f.). Der Einspracheentscheid ist unbestrittenermassen in Rechtskraft erwachsen. In dessen Erwägungen ist zwar auch die Aussage zu finden, dass keine Integritätsentschädigung geschuldet sei (act. G 9.1/25 S. 11), jedoch kann weder dem Einspracheentscheid noch dem Dispositiv der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 25. November 2014 entnommen werden, dass die Beschwerdegegnerin tatsächlich eine Prüfung dieses Anspruchs vorgenommen hat (vgl. act. 9.1/22; act. 9.1/25). Von einer Ausdehnung des Streitgegenstands im Einspracheentscheid kann jedenfalls nicht ausgegangen werden. Daher ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin über diesen Anspruch mit separater Verfügung vom 4. November 2015 bzw. mit dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. August 2016 befunden hat (act. G 9.1/26; act. G 9.1/26; act. G 9.1/28). Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet somit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung für die Folgen des Unfalls vom 6. Juni 2011.

2.2 Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, sie habe über einzelne Kausalitätsfragen (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 3.3 ff. und 6.4 ff.) bereits mit Einspracheentscheid vom 19. August 2015 rechtskräftig entschieden (act. G 9 S. 14 f.), ist dem entgegenzuhalten, dass die urteilende Instanz beim erstmaligen Entscheid über eine Dauerleistung die Leistungspflicht – trotz Übereinstimmung einzelner Anspruchsvoraussetzungen mit denjenigen der vorübergehenden Versicherungsleistungen – neu überprüfen kann, ohne dabei an den Entscheid über die vorübergehenden Leistungen bzw. an Begründungselemente desselben gebunden zu sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2013, 8C_666/2012, E. 4.1, nicht publ. in: BGE 139 V 161).

3.



3.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG besteht ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Als dauernd gilt ein Integritätsschaden, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehen bleibt, und als erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität unabhängig von der Erwerbsfähigkeit augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV).

3.2 Gemäss Art. 25 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitalleistung ausgerichtet, wobei sie entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft wird. Vorsehbare Verschlimmerungen sind nach Art. 36 Abs. 4 UVV angemessen zu berücksichtigen. Anhang 3 zur UVV enthält eine Skala für Integritätsentschädigungen. Die Entschädigung für spezielle, nicht in der Skala aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Integritätsschäden, welche nicht wenigstens einen Skalenwert von 5 % erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (zum Ganzen Anhang 3 UVV). In Weiterentwicklung der Skala des Anhang 3 zur UVV hat die medizinische Abteilung der SUVA weitere Bemessungsgrundlagen in Form von Tabellen erarbeitet, welche als Richtwerte dienen können (vgl. BGE 116 V 157 E. 3a). Die Bemessung der Integritätsentschädigung beruht auf einer medizinisch-theoretischen Einschätzung der Beeinträchtigung der Integrität, wobei von den individuellen Auswirkungen des Gesundheitsschadens zu abstrahieren ist (BGE 113 V 221 f. E. 4).

3.3 Angesichts der Gesetzesbestimmung von Art. 24 Abs. 1 UVG ist die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für eine Integritätsentschädigung. Eine Leistungspflicht des Versicherers ist somit nur für Gesundheitsschäden gegeben, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Expertinnen oder Experten angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 125 V 352 f. E. 3). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 ff. E. 3.2 ff.; BGE 123 III 110; BGE



112 V 30). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung der Unfallversicherung hat indessen bei physischen Unfallfolgen praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 117 V 365 E. 5 d/bb mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).

3.4 Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz (BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2) schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Wird also auf dem Wege der Beweiserhebung das Vorliegen eines (leistungsbegründenden) natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Beschwerdebild und dem Unfall nicht wenigstens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosse Möglichkeit genügt nicht - so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen).

3.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, sprich ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und sämtliche Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und schliesslich danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs ermöglichen (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 52, 9C_125/2009, E. 3; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 120 zu Art. 61 mit weiteren Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der



Fachpersonen begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 469 E. 4.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb und 3b/ee, je mit Hinweisen). Selbst reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern der medizinischen Person, welche das Aktengutachten verfasst hat, genügend ärztliche Unterlagen zur Verfügung gestanden haben, die auf persönlichen Untersuchungen der versicherten Person beruhen, sodass sie dem Experten oder der Expertin ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen mögen (Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2006, U 198/06, E. 3.3 mit Hinweisen).

4.

4.1 Der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel kommt grundsätzlich Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde noch weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind punktuelle Abklärungen (wie z.B. das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen) zugelassen, wobei für die Frage der Zulässigkeit sowohl die zeitliche Intensität als auch die Bedeutung der Sachvervollständigung allfälliger Abklärungsmassnahmen entscheidend ist. Allerdings wird der Devolutiveffekt ohnehin durch das Recht auf Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 3 ATSG) der Verwaltungsbehörde eingeschränkt (zum Ganzen BGE 136 V 5 E. 2.5 mit Hinweis; BGE 127 V 231 f. E. 2b/aa mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.2.3).

4.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin nach Beschwerdeeinreichung weitere Abklärungen getroffen, indem sie ergänzende Fragen an ihren beratenden Arzt Dr. J. ___ gestellt hat. Dabei hat es sich jedoch lediglich um solche punktueller Art gehandelt. Die entsprechenden Antworten von Dr. J. ___ sind denn auch kurz ausgefallen (vgl. act. G 9.1/29; act. G 9.1/30). Zudem haben die internen Aktenbeurteilungen grundsätzlich ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin (lediglich



Einreichung von Röntgenbildern; vgl. act. G 7) stattgefunden und zu keiner relevanten Verzögerung des Verfahrens geführt. Die nach Beschwerdeerhebung getroffenen Massnahmen seitens der Beschwerdegegnerin sind bezüglich zeitlicher Intensität somit unproblematisch. Inhaltlich gesehen hatte zwar Dr. J.____ in den Berichten vor Beschwerdeerhebung die Frage der Integritätsentschädigung noch nicht explizit beurteilt (vgl. act. G 9.1/21; act. G 1.5). Allerdings gibt es Überschneidungen bei den medizinischen Abklärungen, die für eine Leistungseinstellung wesentlich sind, und denjenigen, die für die Frage der Integritätsentschädigung von Bedeutung sind. Insoweit hatte er sich zumindest zum wesentlichen medizinischen Sachverhalt geäussert (vgl. act. G 9.1/21; act. G 1.5). Überdies hatte die Beschwerdegegnerin auch bereits Dr. E.____ explizit nach dem Bestehen eines Integritätsschadens befragt (vgl. act. G 1.3) und auch weitere Berichte zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts eingeholt (vgl. act. G 9.1/3 ff.). Es kann der Beschwerdegegnerin somit nicht vorgeworfen werden, dass sie die notwendigen Abklärungsmassnahmen in ein späteres Verfahren verschoben hat. Überdies hat sie die Berichte von Dr. J.____ vom 2. Dezember 2016 und 31. Januar 2017 in dem Zeitraum veranlasst, in welchem ein Widerruf pendente lite noch zulässig gewesen wäre. Die entsprechenden Aktenbeurteilungen von Dr. J.____ sind der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Rechtsvertreterin sodann zugestellt worden, sodass sie die Möglichkeit erhalten haben, sich dazu zu äussern (vgl. act. G 12). Bezüglich dieser Berichte kann daher auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden. Die Berichte von Dr. J.____ vom 2. Dezember 2016 und vom 31. Januar 2017 sind demnach im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dahingehend, dass im angefochtenen Einspracheentscheid auf diverse in der Einsprache vorgebrachte Einwände nicht eingegangen worden sei. Insbesondere befasse sich der Entscheid nicht damit, dass Dr. E.____ in seinem Gutachten noch diverse Massnahmen als erfolgversprechend empfohlen und unmissverständlich festgehalten habe, dass eine unfallbedingte posttraumatische Fussdekomensation vorliege (act. G 1 S. 4).



5.2 Gemäss Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Wichtiger Bestandteil dieses Anspruchs ist die Pflicht der Behörden, einen Entscheid zu begründen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 41 zu Art. 42). Art. 52 Abs. 2 ATSG statuiert die Begründungspflicht ausdrücklich auch für Einspracheentscheide. Diese soll verhindern, dass sich eine Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen soll durch die Begründung ermöglicht werden, den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können. In diesem Sinn müssen in der Begründung wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde leiten lassen hat und auf die sich der Entscheid stützt, wobei sich die Begründung aber auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken darf (zum Ganzen BGE 112 Ia 109 f. E. 2b mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2015, 8C_608/2015, E. 3.2.2 mit Hinweis).

5.3 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid die Standpunkte der Beschwerdeführerin ausführlich dar. Sodann fasst sie die von Dr. E.____ beschriebenen Diagnosen in komprimierter Form zusammen. Damit schenkt sie dem Argument der Beschwerdeführerin, dass Dr. E.____ gewisse Unfallfolgen anerkenne, Beachtung, erwähnt dann aber, dass Dr. E.____ eine Integritätsentschädigung verneint habe. Unter weiterer Bezugnahme auf die Berichte von Dr. J.____, welcher insbesondere auch den Kausalzusammenhang einer Arthrose TMT II verneine, kommt die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die noch vorhandenen bzw. geltend gemachten Beschwerden keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gemäss den Suva-Tabellen geben würden. Mit anderen Worten geht die Beschwerdegegnerin sinngemäss davon aus, dass nicht genügend erhebliche Restunfallfolgen vorliegen, die eine Integritätsentschädigung rechtfertigen (vgl. act. G 1.1). Auch wenn nicht jeder ihrer Einwände im Einspracheentscheid eingehend behandelt worden ist, so ist dennoch nicht ersichtlich, inwiefern es der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen sein soll, den Einspracheentscheid sachgerecht anzufechten. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist somit zu verneinen. Im Falle der Annahme einer Gehörsverletzung würde diese jedenfalls nicht besonders schwer wiegen, sodass sie als geheilt betrachtet werden könnte, da das hiesige Gericht im vorliegenden Verfahren Sachverhalt und Rechtslage frei überprüft und eine Rückweisung zu einer unnötigen Verzögerung führen würde (vgl.



BGE 133 I 204 f. E. 2.2; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2008, 8C_424/2008, E. 2.3, je mit Hinweisen). Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin aus formellen Gründen auch keinen Antrag auf Aufhebung und Rückweisung der Verfügung zur neuen Beurteilung gestellt hat (vgl. act. G 1 S. 2; act. G 13 S. 2).

6.

6.1 Materiell-rechtlich gilt es nun vorerst zu prüfen, welche gesundheitlichen Restfolgen als unfallkausal zu betrachten sind und somit für die Festlegung einer Integritätsentschädigung überhaupt relevant sein könnten.

6.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass aufgrund der unfallbedingt zustande gekommenen Fehlstellungen der MT eine dauernde Schädigung der Anatomie des Vorfusses bestehe. Es würden strukturell anatomische Normabweichungen vorliegen, die Dr. E.____ in seinem Gutachten vom 30. Januar 2014 aufgeführt habe, nämlich ein prominentes Hervortreten der Metatarsalköpfchen 2 und 3, einen leicht verkürzten Strahl 4, eine leicht dorsale Abweichung von Strahl 5 Köpfchen, eine Schädigung des Nervus peroneus sowie eine Atrophie der Mittelfuss-Muskulatur. Weiter halte Dr. E.____ unfallbedingte funktionelle Auswirkungen fest, eine unphysiologische Hauptbelastung auf den Metatarsalköpfchen 2 und 4 statt 1 und 5 sowie eine Dekompensation des Vorfusses. Die Schmerzen, die Gefühlsstörung und das Anschwellen im Fuss sowie die gelegentlich einschliessenden Schmerzen bis in das OSG habe Dr. E.____ im Gutachten sodann als Folgen der Fehlhaltung im Vorfuss beschrieben. Vor diesem Hintergrund sei es verwirrend und auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar, dass Dr. E.____ in seinem Gutachten eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität verneine. Die Erklärung für diese vermeintliche Unstimmigkeit liege darin, dass er weitere Massnahmen und eine weitere Operation empfohlen habe, von welchen angeblich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes hätte erwartet werden dürfen. Die Beschwerdegegnerin habe aber mit Verfügung vom 25. November 2014 die Versicherungsleistungen sogar mit der Begründung eingestellt, dass keine namhaften Besserungen mehr zu erwarten seien. Für die Beurteilung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung sei daher von dem im Gutachten festgehaltenen Zustand auszugehen. Die Frage nach anteilmässigen



St.Galler Gerichte

unfallfremden Faktoren habe Dr. E.____ verneint. Unter Bezugnahme auf die Suva-Tabelle 2 und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Verschlimmerung der Arthrosenbildung rechtfertigt sich eine Integritätsentschädigung von insgesamt 15 % (act. G 1).

6.3 Die Beschwerdegegnerin stellt sich insbesondere mit Verweis auf eine SPECT-CT Untersuchung des linken Fusses der Beschwerdeführerin und die Berichte von Dr. J.____ vom 2. Dezember 2016 sowie 31. Januar 2017 auf den Standpunkt, dass die einzig objektivierbare unfallkausale Schädigung eine distale Achsenabweichung im Bereich der MT der Beschwerdeführerin sei, welche allein als nicht erheblich einzustufen sei. Die Ausführungen von Dr. E.____ liessen ebenfalls nur den Schluss zu, dass eine dauerhafte, insbesondere erhebliche Schädigung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei (act. G 9).

6.4 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, MRT, CT) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 f. E. 9; BGE 134 V 232 ff. E. 5.1 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).

6.5 Unbestrittenermassen hat die Beschwerdeführerin im Juni 2011 einen Unfall erlitten, bei welchem sie sich am linken Fuss Frakturen der MT 4 und 5 zugezogen hat. Ebenfalls unbestritten ist, dass die Frakturen in leichter Fehlstellung verheilt sind bzw. eine leichte Achsenabweichung verblieben ist (vgl. act. G 9.1/16; G 9.1/18; G 9.1/28 ff.). Insofern besteht eine unfallkausale Restfolge. Die Beschwerdeführerin klagt über ein fortdauerndes Schwächegefühl sowie anhaltende Gefühlsstörungen und Schmerzen im linken Fuss, die teilweise bis in das OSG einschliessend seien (vgl. act. G 1). Zu prüfen ist nun, ob die subjektiv angegeben Beschwerden objektivierbar auf die vorgenannte unfallkausale Restfolge bzw. auf allfällige sekundäre Unfallfolgen zurückzuführen sind.



6.6

6.6.1 Eine am 24. Mai 2013 bei Dr. H.____ durchgeführte MRT Untersuchung des linken Fusses der Beschwerdeführerin zeigt neben der bereits erwähnten leichten Fehlstellung der MT 4 und 5 eine initiale Lisfranc-Arthrose, im TMT Gelenk 2 aktiviert mit kleiner subkortikaler Geröllzystenbildung im Os cuneiforme 2 und perifokalem Spongiosaödem. Im Übrigen liegt gemäss dem Bericht von Dr. H.____ jedoch eine postoperativ normale Darstellung des Mittel-/Vorfusses vor, ohne Nachweis einer morphologisch fassbaren Ursache für das angegebene Schwächegefühl bzw. die Missempfindungen im linken Mittel-/Vorfuss (act. G 9.1/16). Dr. G.____ interpretiert diese MRT Untersuchung dahingehend, dass eine beginnende Arthrose TMT 2 vorliege. Eine leicht aktivierte Arthrose TMT 2 ist laut Dr. G.____ auch der von ihm veranlassten SPECT-CT Untersuchung zu entnehmen. Zudem hat diese Untersuchung eine leicht aktivierte Arthrose Metatarsus sesamoidal medial MTP I ergeben (act. G 9.1/18 S. 2).

6.6.2 Laut Dr. J.____ zeigen die Röntgenbilder vom 15. Mai 2013 keine signifikante Arthrose im Lisfranc bei normaler Knochendichte. Das MRT des linken Fusses vom 24. Mai 2013 zeige ebenfalls keine signifikante Arthrose. Dr. J.____ kommt nach Durchsicht der Akten und der erwähnten bildgebenden Untersuchungen somit zum Schluss, dass eine posttraumatische Arthrose nicht bestätigt werden könne. Insbesondere finde sich keine relevante Arthrose des Lisfranc, noch der MTP 2-5 (act. G 9.1/30).

6.6.3 Wie soeben dargelegt, erkennt Dr. J.____ keine signifikante Arthrose und Dr. G.____ spricht von einer leicht aktivierten MTP-1 Arthrose und TMT-2 Arthrose. Im Bericht von Dr. H.____ ist von einer initialen Arthrose die Rede. Die Begrifflichkeiten „nicht signifikant“, „leicht aktiviert“ und „initial“ deuten allesamt auf ein Anfangsstadium einer Arthrose bzw. eine sehr leicht ausgeprägte Arthrose hin. Die beginnende Arthrose MP-1 (gemeint wohl MTP I) ist laut Dr. J.____ bereits auf den Unfallbildern ersichtlich gewesen, weshalb diese nicht unfallkausal sein kann. Auch scheint es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die TMT-2 Arthrose auf den Unfall zurückzuführen ist, wie Dr. J.____ nachvollziehbar dargelegt hat, da die Lokalisation der beim Unfall erlittenen Frakturen nicht mit derjenigen der Arthrose übereinstimmt (act. G 9.1/30). Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 1 S. 7), womit die Fachkompetenz von Dr. J.____ angezweifelt wird, handelt es sich bei diesem, wie die



Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik darlegt und entsprechend belegt, um einen Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats mit Kernkompetenzen im Bereich der Vorfusschirurgie (vgl. act. G 15 S. 2). Soweit die Beschwerdeführerin weiter einwendet, dass Dr. J.____ bei seiner Begründung die sich aus dem Unfall ergebenden Fehlbelastungen möglicherweise ausser Acht gelassen habe (vgl. act. G1 S. 7), ist dem entgegenzuhalten, dass sich dem Gutachten von Dr. E.____ ebenfalls nicht ausdrücklich entnehmen lässt, dass die Arthrosen auf Fehlbelastungen zurückzuführen sind (vgl. act. G 9.1/19). Auch wenn nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, dass die Arthrosen durch unfallbedingte Faktoren, wie allfällige Fehlbelastungen, begünstigt worden sein könnten, erscheint es zumindest nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie das Ergebnis des Unfalls vom 6. Juni 2011 sind.

6.7

6.7.1 Als objektiv sichtbare Befunde bestehen entsprechend dem Gutachten von Dr. E.____ vom 30. Januar 2014 ferner ein Senk-Spreizfuss (links stärker ausgeprägt als rechts), eine leichte Hallux valgus Stellung sowie ein Digitus superductus 4. Aufgrund der zunehmenden Hallux valgus Deformation und der superductus 4 Deformation schliesst Dr. E.____ auf ein kollabiertes Quergewölbe bzw. eine Quergewölbedekompensation. Das Längsgewölbe sei auf der linken Seite gegenüber der rechten Seite ebenfalls mehr dekompenziert (act. G 9.1/19 S. 8 f.). Ein Senk-Spreizfuss bzw. ein abgeflachtes Längs- und Quergewölbe ist auch von Dr. C.____ festgestellt worden (act. G 9.1/3; act. G 9.1/8 ff.). Dr. J.____ entnimmt dem SPECT-CT vom 28. Mai 2013 ebenfalls einen ausgeprägten Hallux valgus sowie die Bildung von Hammer(krallen)zehen 2-4 (act. G 9.1/30).

6.7.2 Bei der Beschwerdeführerin bestehen somit offensichtlich gewisse Deformationen beim linken Vorfuss. Dr. J.____ erachtet es jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass diese unfallkausal sind. Die Krallenzehen seien beim Strahl 2 und 3 anzusiedeln, welche vom Unfall nicht initial betroffen gewesen seien. Auch die Verminderung von Quer- und Längsgewölbe bzw. den Senk-Spreizfuss, welcher beidseitig vorhanden sei, sowie den Hallux erachtet er nicht als unfallkausal (act. G 9.1/29; act. G 9.1/30). Dr. I.____ hat die Vorfussdeformation ebenfalls als unfallfremd



eingestuft (vgl. act. G 9.1/20). Dr. E.____ führt in seinem Gutachten aus, dass bei der Beschwerdeführerin Fehlbelastungen im Vorfussbereich bestehen würden und ihre Beschwerden dadurch erklärbar seien. Diese Fehlbelastungen scheint Dr. E.____ zwar auf die unfallkausalen Restfolgen, nämlich die leicht dorsale Abweichung von Strahl 5 Köpfchen bzw. den verkürzten Strahl 4 zurückzuführen, jedoch erwähnt er nicht ausdrücklich, dass die aufgezählten Fussdeformationen eindeutig die Folge dieser Fehlhaltungen seien. Als weitere mögliche Erklärung für die Entstehung der Fussdekompensation nennt er den Umstand, dass die Muskulatur des Vorfusses bei Ruhigstellung atroph werden könne (act. G 1.3 S. 9 f.). Auch wenn die Ruhigstellung als Unfallfolge zu betrachten wäre, entsteht der Eindruck, dass Dr. E.____ lediglich nach möglichen Erklärungen für die Schmerzen der Beschwerdeführerin sucht, ohne diese als die einzig denkbaren Ursachen zu beschreiben. So verneint er denn auch nur „grundsätzlich“ unfallfremde Faktoren (vgl. act. G 1.5 S. 11) und erachtet die Schmerzen der Beschwerdeführerin lediglich als durch die Fehlbelastungen „erklärbar“ (vgl. act. G 1.5 S. 10). Überdies führt er die nicht objektiv verifizierte von der Beschwerdeführerin empfundene Schädigung des Nervus peroneus auf die Vorfussdekompensation zurück, ohne diese Aussage näher zu erklären (act. G 9.1/19 S. 9 f.). Mangels anderer objektivierbarer Korrelate für die Schmerzen der Beschwerdeführerin scheint es nachvollziehbar, dass Dr. E.____ als einzige Erklärung für die Beschwerden die Vorfussdekompensationen bzw. Fehlbelastungen sieht. Allerdings ist seine Erklärung für die Entstehung der Vorfussdekompensationen nicht besonders schlüssig. Dr. E.____ legt nicht dar, ob die Ruhigstellung des Fusses oder die Fehlbelastungen hauptursächlich sein sollen, und lässt insbesondere ausser Acht, dass Vorfussdeformationen schon in den ersten Untersuchungen nach dem Unfall vorgelegen haben. Ein Senk-Spreizfuss bzw. ein abgeflachtes Längs- und Quergewölbe ist von Dr. C.____ bereits in den ersten Untersuchungen nach dem Unfall festgestellt worden (vgl. act. G 9.1/3; act. G 9.1/7 ff.). Gegen die Unfallkausalität des Senk-Spreizfusses spricht sodann, dass dieser beidseits, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, vorliegt (vgl. act. G 9.1/18 S. 8). Wie bereits erwähnt, hat die Röntgenaufnahme vom 6. Juni 2011 gemäss Dr. J.____ zudem eine beginnende Arthrose im Grosszehengrundgelenk gezeigt, welche die Entstehung eines Hallux bekanntermassen begünstigen kann (vgl. act. G 9.1/30 S. 1). Es erscheint demnach als sehr wahrscheinlich, dass ein Grossteil der Vorfussdekompensationen bereits im



Zeitpunkt des Unfallereignisses bestanden hatte und sich dann durch ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren, wie beispielsweise durch die bestehenden Deformationen bedingte Fehlhaltungen, möglicherweise noch verschlimmert hat. Es ist zwar nicht völlig ausgeschlossen, dass das Unfallereignis vom 6. Juni 2011 die Vorfussdeformationen bzw. -dekompensationen auf irgendeine Art und Weise zumindest mitbeeinflusst haben könnte. Eine (teilweise sekundäre) traumatische Entstehung der komplexen Vorfussproblematik erscheint jedoch zumindest nicht wahrscheinlicher als eine solche mit rein unfallfremden Faktoren, womit der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfüllt ist.

6.8 Eine motorische Läsion eines Nervs oder eine Polyneuropathie ist in den neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchungen von Dr. F.____ vom 4. Dezember 2012 und 20. Juni 2013 nicht festgestellt worden (act. G 9.1/13; act. G 9.1/17).

6.9 Als strukturelle unfallkausale Läsion bleibt demnach die leichte Fehlstellung der verheilten MT 4 und 5. Dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schmerzen, Schwächegefühle und Gefühlsstörungen Folge dieser geringen Läsion sind, ist angesichts des umfassenden Gesamtbildes mit degenerativen Gesundheitsschäden (Arthrose) und anatomischen Fehlstellungen (statische Fussinsuffizienz, Hallux valgus) unwahrscheinlich. Gemäss Dr. J.____ werden Achsenabweichungen bei subcapitalen Frakturen im Mittelfussbereich in der Regel bis zu 30 Grad problemlos toleriert. Vorliegend bestehe nur eine Achsenabweichung von ungefähr 10 Grad (zum Ganzen vgl. act. G 9.1/30). Er weist überdies darauf hin, dass ein undifferenziertes Schmerzmuster vorliege mit einer Inkonsistenz zwischen dem Leidensdruck und den objektiven Feststellungen. Auch das fehlende Ansprechen auf sämtliche Therapiemassnahmen über Jahre deute in der Regel auf das Vorhandensein unfallfremder Faktoren hin (act. G 9.1/21 act. G 9.1/29; act. G 9.1/30). Eine in Folge des Unfalls resultierende dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität der Beschwerdeführerin verneint Dr. J.____ ausdrücklich (act. G 9.1/29). Auch Dr. H.____ erwähnt bei der Beurteilung des MRT vom 24. Mai 2013, dass kein Nachweis einer morphologisch fassbaren Ursache für das angegebene Schwächegefühl bzw. die Missempfindungen im linken Mittel-/Vorfuss erkennbar sei (act. G 9.1/16). Er erachtet die in leichter Fehlstellung verheilten Frakturen demnach ebenfalls nicht als mögliche



Ursache für die von der Beschwerdeführerin angeführten Leiden. Dr. E.____ verneint zwar unfallfremde Faktoren und führt die Leiden der Beschwerdeführerin auf unfallbedingte Fehlhaltungen oder auf eine Inaktivität der Muskulatur zurück. Er spricht, wie die Beschwerdeführerin geltend macht, von einer Fussdekompensation bei Inaktivität posttraumatisch (vgl. act. G 1 S. 7 f.; act. G 1.5 S. 11). Wie oben dargelegt, ist vorliegend aber nicht davon auszugehen, dass die Fussdekompensationen unfallkausal sind. Überdies verneint auch Dr. E.____ das Vorliegen eines unfallrechtlichen Integritätsschadens (vgl. act. G 1.3 S. 11), was ebenfalls als Hinweis darauf zu werten ist, dass er letztlich von keiner erheblichen unfallkausalen Schädigung ausgeht. Sollte Dr. E.____ den Integritätsschaden allenfalls auch deswegen verneint haben, weil er aufgrund der von ihm vorgeschlagenen Therapiemassnahmen noch eine Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erwartet hat, wie es diese geltend macht (vgl. act. G 1 S. 6 f.), würde dies an der vorstehend dargestellten Sachlage nichts zu ändern vermögen.

6.10 Neben dem Regelfall, dass für die Annahme von Unfallrestfolgen eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt wird, gibt es darüber hinaus auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das Complex Regional Pain Syndrome (komplexes regionales Schmerzsyndrom; abgekürzt CRPS; auch Morbus Sudeck genannt), die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). Anhaltspunkte für ein solches Schmerzsyndrom sind vorliegend jedoch nicht vorhanden (vgl. act. G 1.5 S. 10; act. G 9.1/18; act. G 9.1/29; act. G 9.1/30).

6.11 Eine infolge des Unfallereignisses vom 6. Juni 2011 dauernde Schädigung der körperlichen Integrität der Beschwerdeführerin, welche die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung erreichen würde (vgl. E. 3.1), kann nach dem Gesagten nicht festgestellt werden. Demnach hat die Beschwerdeführerin vorliegend keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

7.



7.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 29. August 2016 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.3 Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.