



Fall-Nr.: UV 2020/50
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 07.09.2021
Entscheiddatum: 24.03.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 24.03.2021

Art. 6 UVG, Art. 43 ATSG: Rückweisung der Streitsache an den Unfallversicherer zu weiteren medizinischen Abklärungen betreffend Unfallkausalität einer Läsion der Tibialis posterior Sehne nach einer Schnittverletzung unter dem Knöchel des rechten Fusses durch eine Glasscherbe (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2021, UV 2020/50).

Entscheid vom 24. März 2021

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2020/50

Parteien

A.____

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG,
Dorfstrasse 33, 9313 Muolen,

gegen



St.Galler Gerichte

Schweizerische Mobiliar Versicherungs-gesellschaft AG, Direktion Bern,
Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Fürsprecherin Barbara Künzi-Egli, Thunstrasse 84, Postfach 31,
3074 Muri b. Bern,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als [...] bei der B.____ GmbH angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am ____ 2019 durch ihre Arbeitgeberin melden liess, sie habe am 8. September 2019 eine [...] umgestossen, die in der Folge explodiert sei. Ein Glassplitter habe sie unter dem Knöchel des rechten Fusses verletzt (act. S1). Die Erstbehandlung hatte am 9. September 2019 bei Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, stattgefunden, der als Befunde eine veraltete (seit mehr als 12 Stunden bestehende) Schnittwunde über dem Malleolus medialis rechts mit beginnendem Infekt und eine Druckdolenz über der Tibialis posterior-Sehne erhoben hatte, die Wunde desinfiziert sowie mit einem Wundverband versorgt hatte, da eine Naht bei einer mehr als 12 Stunden alten Verletzung nicht mehr möglich gewesen sei. Dr. C.____ hatte der Versicherten ausserdem vom 9. September bis 9. Oktober 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. M6, act. G 7.3, vgl. auch Ärztliches Zeugnis von Dr. C.____ vom 4. Oktober 2019 [act. M1]). In den nachfolgenden Konsultationen bei Dr. C.____ hatten sich zunächst hohe Entzündungswerte gezeigt. Mittels Antibiose hatte sich schliesslich aber eine Besserung der Wundverhältnisse eingestellt (act. G 7.3), und die Versicherte hatte ____ 2019 unter Einnahme von Schmerzmitteln ihre Arbeit wieder aufgenommen (act. M4 f., act. G 7.3). Wegen



Schmerzen im rechten Fuss und distalen Unterschenkel hatte die Versicherte am 23. Oktober 2019 während der Ferienabwesenheit von Dr. C.____ Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, konsultiert, der sie für eine MRT-Untersuchung mit Kontrastmittel des rechten OSG dem Röntgeninstitut E.____ zugewiesen hatte (act. M3 f.). Die Untersuchung wurde am 28. Oktober 2019 durch Dr. med. F.____, FMH Radiologie, durchgeführt, der laut gleichentags erstelltem Untersuchungsbericht eine höhergradige Partialruptur und Peritendinitis der Tibialis posterior-Sehne erhob (act. M3). Am 29. Oktober 2019 erfolgte sodann durch Dr. D.____ die Zuweisung der Versicherten an Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Orthopädie H.____ (act. M5). Dieser erhob in einer Untersuchung vom 31. Oktober 2019 folgende Befunde: Knick-/ Senkfuss rechts > links, Lift off-Test positiv, Zehenstand nur knapp durchführbar, Inversion gegen Widerstand komplett aufgehoben, Dorsalextension frei, Tibialis posterior Sehne ohne Spannung knapp tastbar, leichte Schwellung im Bereich der ehemaligen Wunde mit reizloser perifokaler Narbensituation. Im Untersuchungsbericht vom 10. November 2019 an Dr. D.____ hielt Dr. G.____ fest, dass sich aus seiner Sicht eine höhergradige Ruptur der Tibialis posterior-Sehne oder vermutlich sogar eine Komplettdurchtrennung zeige. Darauf lasse die zunehmende Knick-Senkfussdeformität schliessen. Er diagnostizierte eine höhergradige Läsion der Tibialis posterior Sehne retromalleolar nach Schnittverletzung am 8. September 2019 und hielt fest, dass für den 13. Dezember 2019 eine operative Therapie geplant sei (act. M7). Die Versicherte war seit dem 28. Oktober 2019 erneut zu 100% arbeitsunfähig gewesen (vgl. Ärztliches Zeugnis von Dr. D.____ vom 28. Oktober 2019 [act. M8]).

A.b. Am 1. November 2019 hatte die Klinik J.____ AG, der Mobiliar ein Kostengutsprache gesuch für einen vom 13. bis 16. Dezember 2019 dauernden Spitalaufenthalt zur Behandlung einer Läsion der Tibialis posterior Sehne rechts eingereicht (act. K21). Gestützt auf eine nicht aktenkundige Beurteilung ihrer beratenden Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 14. November 2019 (vgl. act. M10) teilte die Mobiliar der Versicherten mit Schreiben vom 15. November 2019 mit, dass die in der Klinik J.____ geplante Operation vom 13. Dezember 2019 bzw. die Operationsindikation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Ereignis vom 8. September 2019 in



Zusammenhang stehe und daher eine Leistungspflicht für sämtliche mit der Operation zusammenhängenden Kosten abgelehnt werden müsse. Auf die Rückforderung der bereits erbrachten unfallfremden Leistungen werde verzichtet. Die Kosten für die unmittelbare Behandlung der Schnittverletzung würden im Rahmen der Unfallversicherung übernommen (act. K16; vgl. auch act. K18).

A.c. Nachdem Dr. G.____ mit Schreiben (bzw. "Wiedererwägungsgesuch") vom 21. November 2019 zur Leistungsablehnung der Mobiliar Stellung genommen und um deren Überprüfung ersucht hatte (act. M9), liess die Mobiliar den Schadenfall erneut durch Dr. I.____ beurteilen (act. M10). Die beratende Ärztin blieb bei ihrer Einschätzung, dass eine oberflächliche Schnittverletzung am rechten Innenknöchel durch eine Glasscherbe, von einer Grösse, die keine Wundnaht erfordere, nicht geeignet sei, den ausgedehnten Längsriss der Tibialis posterior Sehne zu verursachen. Vielmehr handle es sich beim fraglichen Riss um einen degenerativen Vorzustand, der im Kontext mit einer chronischen Überlastung bei den bei der Versicherten vorhandenen Knick-Senkfüssen beidseits auch überwiegend wahrscheinlich sei. Die retro- und inframalleoläre Längsruptur der Tibialis posterior Sehne sei mithin keine Folge der Schnittverletzung (act. M10). Gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.____ hielt die Mobiliar mit Verfügung vom 9. Dezember 2019 an ihrer Leistungsablehnung bezüglich der Kosten für die geplante Operation vom 13. Dezember 2019 fest. Erneut bestätigte sie hingegen die Kostenübernahme für die unmittelbare Behandlung der Schnittverletzung (act. K25).

B.

B.a. Am 12. Dezember 2019 teilte Dr. G.____ der Mobiliar telefonisch mit, dass er von der Verfügung enttäuscht sei. Der Fehler liege beim Hausarzt, der die genaue Diagnose zu spät erkannt habe. Er wolle den Fall medizinisch mit Dr. I.____ besprechen. Vorliegend würden eindeutig Unfallfolgen vorliegen. Er wolle nicht, dass schlussendlich der Hausarzt die Konsequenzen tragen und die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung erheben müsse. Die Mobiliar wies Dr. G.____ darauf hin, dass innert Frist eine Einsprache erhoben werden müsste (act. K26). Noch gleichentags fand offenbar ein Telefongespräch zwischen Dr. G.____ und Dr. I.____ statt, worin Dr. G.____ angab, dass bei der Versicherten keine Knick-Senk-Füsse bekannt seien. Lediglich im Nachgang



zum Ereignis vom 8. September 2019 sei es zum Absinken des Längsgewölbes des rechten Fusses gekommen. Dr. G.____ und Dr. I.____ vereinbarten, dass die Versicherte Fotos zustelle (vgl. act. M14; eine entsprechende Telefonnotiz ist nicht aktenkundig). Noch am selben Tag reichte die Versicherte der Mobiliar aus der Zeit der nach der Verletzung entstandenen Infektion im Wundbereich Fotos des rechten Fusses ein (act. K27; vgl. dazu auch act. M14 und M18 ff.).

B.b. Am 13. Dezember 2019 führte Dr. G.____ bei der Versicherten am rechten Fuss eine minimalinvasive Calcaneus-Slide-Osteotomie und einen Transfer der FDL (Flexor digitorum longus) -Sehne durch (act. M12; vgl. auch act. M13).

B.c. Mit einer E-Mail vom 20. Dezember 2019 reichte Dr. G.____ der Mobiliar die intraoperativen Bilder ein und erklärte, in diesen zeige sich eindeutig, dass die Hautläsion über der Sehne gelegen sei und sich darunterliegend eine komplette Ruptur mit Retraktion der proximalen Anteile der Sehne zeige, sodass keine Sehnennaht möglich gewesen sei. Dr. G.____ bekräftigte nochmals, dass aus seiner Sicht eine eindeutige Unfallursache für die Sehnenschädigung vorliege, und er bat um eine Neubeurteilung (act. K28).

B.d. Am 21. Dezember 2019 nahm Dr. I.____ zu den von der Versicherten eingereichten Fotos Stellung und blieb bei ihrer Einschätzung, dass die Operation des rechten Rückfusses die Behandlung des erworbenen Knick-/Senkfusses und seiner Folgen, jedoch keine Unfallfolge darstelle (act. M14).

B.e. In einer weiteren Beurteilung vom 27. Dezember 2019 nahm Dr. I.____ zu den Aussagen von Dr. G.____ in dessen E-Mail vom 13. Dezember 2019 (richtig wohl: 20. Dezember 2019) Stellung. Sie kam insbesondere zum Schluss, dass entweder ein fehlerhafter MRT-Befund vorliege oder die Angaben von Dr. G.____ nicht korrekt seien (act. M15).

B.f. Am 23. Januar 2020 erkundigte sich die Mobiliar auf Wunsch von Dr. I.____ telefonisch bei der Versicherten, ob sie schon vor dem Unfall vom 8. September 2019 Probleme mit dem Fuss bzw. den Füßen gehabt habe, was diese verneinte. Sie sei vorher ganz gesund gewesen. Die Mobiliar erklärte im Weiteren, dass sie noch das Videomaterial und den Operationsbericht einverlangen müsse. Danach könne eine



St.Galler Gerichte

abschliessende Aktenbeurteilung erfolgen (act. K29). Mit E-Mails vom 10. und 11. Februar 2020 ersuchte die Mobiliar die Klinik J.____ um Einreichung des Videomaterials betreffend die Operation vom 13. Dezember 2019, des Operations- und Austrittsberichts vom 13. Dezember 2019 und eventuell vorliegender Röntgenberichte (act. K32, K37). Mit Schreiben vom 29. März 2020 teilte die Versicherte der Mobiliar mit, dass sie immer noch auf eine Neubeurteilung ihres Unfalls vom 8. September 2019 warte. Im Schreiben hatte sie zudem ausführlich den Sachverhalt ab dem Unfalltag aus ihrer Sicht geschildert (act. K36). Mit E-Mail vom 2. April 2020 liess Dr. G.____ der Mobiliar verschiedene Unterlagen zukommen (act. K40; insbesondere nochmals act. M18 ff.). Am 8. und 9. April 2020 bestätigten die Versicherte und die Klinik J.____, dass kein Videomaterial von der Operation vorhanden sei (act. K43 f.).

B.g. Am 16. April 2020 nahm Dr. I.____ in einer abschliessenden Aktenbeurteilung zur Unfallkausalität der am 13. Dezember 2019 operativ versorgten Tibialis posterior-Dysfunktion rechts Stellung und hielt fest, dass die vorgenannte Dysfunktion mit Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne bei einem ausgedehnten retro- und inframalleolären Längseinriss der Tibialis posterior Sehne, einer Tenosynovialitis und zunehmenden Knick-Platffüssen beidseits, rechts > links, keine Folgen des Ereignisses vom 8. September 2019 darstellten (act. M21).

B.h. Mit Schreiben vom 29. April 2020 reichte die Versicherte der Mobiliar Rückforderungsbelege für durch Dr. C.____ im Zeitraum vom 9. September bis 30. Oktober 2019 erbrachte Heilbehandlungsleistungen ein und führte aus, dass sie seit dem Unfall ununterbrochen unter Schmerzen gelitten und in ärztlicher Behandlung gestanden habe, sodass sehr wohl ein Zusammenhang zwischen dem Fussleiden und dem Unfall bestehe (act. K47, K47.1 ff.).

B.i. Mit Einspracheentscheid vom 5. Juni 2020 entschied die Mobiliar, dass die Verfügung vom 9. Dezember 2019 bestätigt werde (act. K48).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 5. Juni 2020 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt MLaw M. A. Glavas, Muolen, mit Eingabe vom 6. Juli 2020 Beschwerde mit folgenden Anträgen: 1. Es sei



St.Galler Gerichte

der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Juni 2020 aufzuheben und ihr seien die Unfallversicherungsleistungen auch im Zusammenhang mit der Operation vom 13. Dezember 2019 auszurichten. 2. Eventualiter sei die vorliegende Streitsache an die Mobiliar (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen und sie sei zu verpflichten, ein neutrales Gutachten (zur Frage der Unfallkausalität) in Auftrag zu geben. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In formeller Hinsicht rügte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Die Beschwerdegegnerin hätte zumindest Dr. G.____ mit den Vorwürfen von Dr. I.____ konfrontieren müssen, um eine einigermaßen objektive Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu erreichen. Es werde um einen zweiten Schriftenwechsel ersucht, damit eine Beurteilung von Dr. G.____ eingereicht werden könne (act. G1).

C.b. In der Beschwerdeantwort vom 25. August 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G3).

C.c. In der Replik vom 12. Oktober 2020 bekräftigte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seine Beschwerdeanträge (act. G7) und reichte Stellungnahmen von Dr. G.____ und Dr. C.____ vom 31. August bzw. 1. September 2020 (act. G7.1 ff.) ein.

C.d. In der Duplik vom 10. November 2020 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G9).

C.e. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die weiteren Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 5. Juni 2020 (act. K48). Diesem liegt die Verfügung vom 9. Dezember 2019 zugrunde (act. K25). Gegenstand des Einspracheentscheids und der Verfügung ist der materiell-rechtliche Entscheid über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit der am 13. Dezember 2019 durch Dr. G.____ operativ versorgten



Tibialis-posterior-Sehne (act. M12 f.). Die Beschwerdegegnerin stellt im Einspracheentscheid unter Hinweis auf die vorliegenden Akten (vgl. dazu insbesondere act. K27, K29, K36 sowie die Erwägungen Ziff. II./1 f. des Einspracheentscheids [act. K48]; vgl. auch die entsprechenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort vom 25. August 2020 [act. G3]) jedoch zunächst formell-rechtlich fest, dass die Beschwerdeführerin gegen die Verfügung vom 9. Dezember 2019 eigentlich verspätet Einsprache (vgl. act. K36) erhoben gehabt habe (vgl. dazu Art. 52 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Art. 10 Abs. 1 und 3 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]), was grundsätzlich ein Nichteintreten zur Folge hätte haben müssen (vgl. hierzu beispielsweise die Urteile des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2008, 8C_639/2008, 3. Juli 2009, 9C_381/2009, und 6. Juli 2010, 9C_440/2010). Der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann indessen nicht gefolgt werden. Nach Lage der Akten äusserte sich Dr. G.____ gegenüber einer Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin telefonisch am 12. Dezember 2019 erkennbar im Auftrag und als Vertreter der Beschwerdeführerin. Er drückte seine Enttäuschung über die Verfügung vom 9. Dezember 2019 aus und erklärte, dass eindeutig Unfallfolgen vorliegen würden. Schliesslich wurde von Dr. G.____ die Erhebung einer Einsprache angesprochen und seitens der Sachbearbeiterin erklärt, dass eine solche innert Frist erfolgen müsste (act. K26). Mit E-Mail vom gleichen Tag gelangte sodann die Beschwerdeführerin selber auch unter Bezugnahme auf ein Telefongespräch von Dr. G.____ mit Dr. I.____ an die Beschwerdegegnerin und reichte dieser von letzterer gewünschte Fotos ein (act. K 27; vgl. zum Zeitpunkt des Telefongesprächs act. M 15). Der Einsprachewille und die sinngemässen Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin waren damit insgesamt offenkundig innerhalb der Frist zur Einspracheerhebung dargetan. Wenn Formmängel (Nichteintretens-)Folgen hätten haben sollen (vgl. dazu Art. 52 ATSG und Art. 10 Abs. 3 ATSV), hätte die Beschwerdegegnerin eine Nachfrist zur Korrektur setzen müssen (Art. 10 Abs. 5 ATSV). Die Beschwerdegegnerin hat indessen darauf verzichtet und hat insbesondere keine Vollmacht (vgl. Art. 37 Abs. 2 ATSG) und keine Unterschrift (vgl. Art. 10 Abs. 4 ATSV) eingeholt. Vielmehr hat sie der Beschwerdeführerin in einem Telefonat vom 23. Januar 2020 weitere Abklärungen und eine abschliessende Beurteilung in Aussicht gestellt (vgl. act. K 29), sodass diese darauf vertrauen durfte, es sei für einen neuen Entscheid kein Zutun ihrerseits mehr erforderlich. Die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin kann der Beschwerdeführerin nun nicht zum Nachteil gereichen.

2.



Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für sämtliche mit der Operation vom 13. Dezember 2019 in Zusammenhang stehenden Kosten zu Recht verneint hat.

2.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f. mit Hinweisen; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, 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 Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 112 V 32 f. E. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2; KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66, 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen deckt (vgl. BGE 134 V 112 E. 2, 127 V 103 E. 5b/bb; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 58 f.). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von



unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f.).

2.2. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen dieser Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1 mit Hinweisen).

2.3. Nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts hat der Versicherungsträger den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte



einzuholen, wobei mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten sind (BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; Kieser, a.a.O., N 13 ff. zu Art. 43; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 2 ff.). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine 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. BGE 129 V 177 E. 3.1, 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 54 f.).

3.

3.1. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 8. September 2019 hinsichtlich der Schnittverletzung anerkannt. Sie stellt sich jedoch mit Verweis auf die Beurteilungen von Dr. I.____ auf den Standpunkt, dass die anlässlich der Operation vom 13. Dezember 2019 behandelte Sehnenruptur in keinem kausalen Zusammenhang zum Unfall stehe, weshalb sie diesbezüglich keine Leistungspflicht treffe.

3.2. Die Beschwerdeführerin erachtet die Beurteilungen von Dr. I.____ demgegenüber als nicht beweiskräftig. Sie ist der Ansicht, dass auf die Aktenbeurteilung vom 16. April 2020 (act. M21) schon allein deshalb nicht abgestellt werden könne, da Dr. I.____ den Fall bereits zuvor mehrfach beurteilt habe. Indem die Beschwerdegegnerin auf den Beizug eines weiteren unbefangenen Arztes verzichtet habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (act. G1).

3.3. Im Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die abschliessende Aktenbeurteilung erneut bei Dr. I.____ und nicht bei einem anderen Mediziner hat vornehmen lassen, ist im Rahmen des Verwaltungsverfahrens grundsätzlich noch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu sehen. So ist es nichts Aussergewöhnliches, wenn ein Versicherungsträger während des Verwaltungsverfahrens, selbst mit zusätzlichem Einspracheverfahren, mehrmals mit Fragen an denselben beratenden Arzt oder dieselbe beratende Ärztin gelangt. Dies gilt umso mehr, wenn neue Akten eingereicht werden und der beratende Arzt oder die beratende Ärztin - wie im konkreten Fall - gefragt wird, ob sich daraus neue Erkenntnisse ergeben würden, oder der beratende Arzt oder die beratende Ärztin zunächst eine Kurzbeurteilung abgegeben hat und abschliessend um eine umfassende, ausführliche Beurteilung des Schadenfalls ersucht wird. Gelangt die beratende Ärztin mehrmals zum selben Ergebnis, deutet dies nicht ohne Weiteres auf deren Voreingenommenheit hin. Ebenso gut kann in der Übereinstimmung der Einschätzungen ein Hinweis auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen



Beurteilung gesehen werden. Im Übrigen stellt sich die Sachlage bei Dr. G.____ nicht anders dar. Auch er hat wiederholt zum vorliegenden Schadenfall Stellung bezogen und an seiner Beurteilung festgehalten. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. August 2020 (act. G 7.1 f.) nochmals zu verschiedenen Aussagen in den Beurteilungen von Dr. I.____, auch zu solchen in deren abschliessender Beurteilung vom 16. April 2020, geäussert hat. Ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihres Entscheids tatsächlich den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt hat, indem sie auf die Beurteilungen von Dr. I.____ abgestellt und auf weitere Abklärungen verzichtet hat, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beweiswürdigung bzw. Kausalitätsbeurteilung zu prüfen.

4.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geht von einer Unfallkausalität der Tibialis posterior-Sehnenläsion aus und stützt sich dabei insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. G.____ vom 31. August 2020 (act. G7.1 f.). Dieser nimmt an, dass durch die Schnittverletzung am Innenknöchel auch eine Schädigung der Tibialis posterior Sehne stattgefunden habe. Die Schnittverletzung liege genau über der Sehne. Hier habe sich intraoperativ eine komplette Ruptur mit Retraktion der proximalen Anteile der Sehne gezeigt, sodass eine Sehnennaht nicht möglich gewesen sei (act. K28; act. G7.1 f.). Die Beschwerdegegnerin stützt sich demgegenüber bei ihrer Kausalitätsbeurteilung, wie bereits erwähnt, auf die Beurteilungen von Dr. I.____ ab, die in Bezug auf die am 13. Dezember 2019 operativ versorgte Tibialis posterior Sehne von einem vorbestehenden degenerativen Gesundheitszustand in Form einer Tibialis posterior-Dysfunktion rechts mit Insuffizienz der Sehne bei ausgedehntem retro- und inframalleolären Längsriss der Sehne, einer Tenosynovialität und einem zunehmenden Knick-/Platffuss beidseits rechts > links ausgeht (act. M21). Sehnenläsionen treten häufig als Folge einer vorgängigen Degeneration, ohne nennenswertes Trauma, auf. Sie können allerdings auch als Folge eines Traumas ein- oder abreissen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 628, 1177; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1646; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 1681). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität im vorliegenden Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.



5.

5.1.

5.1.1. Dr. I.____ weist zunächst in der Beurteilung vom 27. Dezember 2019 (act. M15) und in der Aktenbeurteilung vom 16. April 2020 (act. M21) zutreffend darauf hin, dass die Angabe eines ausgedehnten Längseinrisses der retro- und inframalleolären Tibialis posterior Sehne ohne Beschreibung einer kompletten Sehnendurchtrennung und Retraktion der proximalen Anteile der Sehne im MRT-Untersuchungsbericht vom 28. Oktober 2019 (act. M3) diskrepant zu den Angaben von Dr. G.____ sei. Wie bereits erwähnt, erklärte Dr. G.____ in einer E-Mail vom 20. Dezember 2019 (act. K28) in Übereinstimmung mit seinen Ausführungen im Operationsbericht vom 13. Dezember 2019 (act. M12), dass sich intraoperativ eine komplette Ruptur mit Retraktion der proximalen Anteile der Sehne gezeigt habe, sodass eine Sehnennaht nicht möglich gewesen sei. Dr. I.____ schliesst daraus, dass entweder ein fehlerhafter MRT-Befund vorliege oder die Angaben von Dr. G.____ nicht korrekt seien. Die Angaben im Operationsbericht von Dr. G.____ "Hier zeigt sich dann im Bereich der alten Narbe eine komplette Vernarbung und Durchtrennung der Sehne. Ein proximaler Stumpf kann hier nicht mehr dargestellt werden. Es zeigt sich lediglich Narbengewebe. Auch die Sehnenscheide ist nicht mehr sauber abgrenzbar." seien im Übrigen in sich widersprüchlich. Eine Schnittverletzung mit kompletter Durchtrennung der Sehne und Retraktion des proximalen Sehnenstumpfes könne nicht komplett vernarben, allenfalls könne der distale Sehnenstumpf mit der Sehnenscheide verkleben. Dr. I.____ sieht in den intraoperativen Bildern des rechten Fusses lediglich eine sulzig degenerativ veränderte Sehne und eine Synovialitis der Sehnenscheide der Tibialis posterior-Sehne, jedoch keine vollständige Ruptur der Tibialis posterior-Sehne. Dies stimme denn auch mit dem MRT-Bericht überein (act. M21, S. 3). In Bezug auf den von Dr. I.____ dargelegten Widerspruch hält Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. August 2020 (act. G7.1 f.) dagegen, dass das MRT ca. sechs bis sieben Wochen nach der Verletzung durchgeführt worden sei. Dass sich hier keine scharfkantige Schnittverletzung der Tibialis posterior-Sehnen zeige, sei offensichtlich. In sechs Wochen finde logischerweise eine gewisse Narbenbildung statt, was eine scharfe Abgrenzung einer traumatischen Ruptur nicht mehr ermögliche. Ebenso komme es bei diesen Sehnenverletzungen häufig zu einer Partialverletzung, die dann über weitere Zeit zu einer Komplettruptur durch die Sehnenschwächung führe.

5.1.2. Die letzte Aussage von Dr. G.____ bildet - wenn auch nur als Vermutung geäussert - eine Erklärung dafür, weshalb er intraoperativ eine Komplettruptur zu erheben



vermochte, während im MRT-Untersuchungsbericht nur eine Teilruptur bzw. ein Längseinriss genannt worden war. Letzteres scheint für ihn damit offensichtlich keinen Widerspruch darzustellen. Doch könnte ein vom MRT abweichender intraoperativer Befund bzw. - wie von Dr. I.____ ebenfalls als möglich angesehen - ein fehlerhafter MRT-Befund auch damit erklärt werden, dass eine Operation gegenüber dem MRT durch den direkten Einblick in die Strukturen in manchen Fällen eine bessere diagnostische Differenzierung zulässt. Jedenfalls hält Dr. G.____ an seinem intraoperativ erhobenen Befund einer Komplettruptur fest. Anzuführen ist, dass die Tibialis posterior-Sehne laut Untersuchungsbericht vom 10. November 2019 immerhin auch in der klinischen Untersuchung vom 31. Oktober 2019 durch Dr. G.____ ohne Spannung knapp tastbar war (act. M7), was als Hinweis auf einen Komplettriss interpretiert werden kann (<https://gelenk-klinik.de/fuss/knick-senkfuss.html>, abgerufen am 22. Februar 2021).

5.1.3. Ob ein Komplettriss vernarben kann, kann das medizinisch unkundige Gericht nicht beurteilen. Diesbezüglich liegen zwei sich widersprechende Aussagen vor. Die weitere Auswertung der intraoperativen Bilder von Dr. I.____, wonach diese eine sulzig degenerative Veränderung und eine Synovialitis der Sehnenscheide der Tibialis posterior-Sehne gezeigt hätten (act. M21, S. 3), wird von Dr. G.____ ebenfalls nicht bestätigt. Intraoperativ habe sich kein Anhaltspunkt für eine Tendinopathie gezeigt. Eine Tendinopathie im MRT zu beurteilen, nachdem eine Sehnenverletzung stattgefunden habe, sei eine äusserst gewagte Feststellung. Auch hinsichtlich einer intraoperativen Tendinopathie liegt demnach eine divergierende Beurteilung vor, welche das Gericht mangels fachmedizinischer Kenntnisse nicht zu überprüfen vermag. Fest steht, dass Dr. F.____ im MRT-Untersuchungsbericht eine Peritendinitis der Tibialis posterior-Sehne als Befund festhielt. Eine Tendinopathie stellt eine Entzündung der Sehne in Ansatznähe und damit grundsätzlich ein krankheitsbedingtes Leiden bzw. eine degenerative Veränderung dar, kann aber zumindest sekundär auch als unfallkausaler Gesundheitsschaden, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, auftreten (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1107; Pschyrembel, a.a.O., S. 1782; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1808). Vor diesem Hintergrund erscheint die Aussage von Dr. G.____, die Feststellung von Dr. I.____ sei gewagt, jedenfalls in gewisser Weise nachvollziehbar.

5.1.4. Dem Gericht ist es mangels fachmedizinischer Kenntnisse nicht möglich zu beurteilen, welcher ärztlichen Interpretation der intraoperativen Bilder zu folgen ist. Die Auswertung der intraoperativen Bilder betreffend Zustand der Tibialis posterior-Sehne ist jedoch für die Beurteilung der Unfallkausalität von zentraler Bedeutung. Diesbezügliche Unklarheiten sprechen für die Notwendigkeit weiterer Abklärungen.



5.2. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, kommt im vorliegenden Fall weiteren Kriterien eine Bedeutung für die Kausalitätsbeurteilung zu, welche für das Gericht ungeklärt sind.

5.2.1. Dr. I.____ stellt in ihrer Aktenbeurteilung vom 16. April 2020 fest, dass degenerative längsgerichtete Auffaserungen der Tibialis posterior-Sehne nicht nur häufig, sondern vor allem im Kontext mit einer chronischen Überlastung bei vorhandenen Knick-/Platffüssen beidseits auftreten würden (act. M21, S. 2). Dr. G.____ räumt in seiner Stellungnahme vom 31. August 2020 (act. G 7.1) ein, dass er in seinem Untersuchungsbericht vom 10. November 2019 (act. M7) den Befund eines beidseitigen Knick-/Senkfusses beschrieben habe, der jedoch asymmetrisch sei. Es sei beschrieben, dass der Knick-/Senkfuss auf der rechten Seite deutlich stärker sei ("rechts > links"). Mit seiner weiteren Aussage - dies würde eine Verletzung der Tibialis posterior-Sehne verursachen - bestätigt er sodann nicht die von Dr. I.____ aufgezeigte Kausalkette, sondern betrachtet den rechtsseitig stärkeren Knick-Senkfuss als Folge der Ruptur der Tibialis posterior-Sehne. So vermutete er bereits im Untersuchungsbericht vom 10. November 2019 eine Komplettdurchtrennung der Tibialis posterior Sehne, auf welche die zunehmende Knick-/Senkfussdeformität schliessen lasse (act M7). In der medizinischen Literatur werden beide Kausalitäten beschrieben (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1146, 1177; Pschyrembel, a.a.O., S. 1394; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1010; <https://gelenk-klinik.de/fuss/fuss-operation/knick-senkfuss-operation.html>; https://www.schulthess-klinik.ch/sites/default/files/documents/2019-02/rheuma_der_erworbene_knicksenkfuss.pdf, beide abgerufen am 22. Februar 2021). Dass Dr. G.____ bei der Beschwerdeführerin anlässlich seiner Untersuchung vom 31. Oktober 2019 auch am linken Fuss eine Knick-/Senkfuss-Deformität feststellte, spricht zwar eher dafür, dass eine solche auch rechtsseitig vorbestehend war. Andererseits war diejenige auf der rechten Seite laut Dr. G.____ bedeutend stärker ausgeprägt, womit im Umstand, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall der Befund eines Knick-/Senkfusses erhoben wurde, zumindest kein Indiz gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der Tibialis posterior-Sehnenläsion gesehen werden kann. Dies gilt umso mehr, weil auch die Feststellung von Dr. G.____ - eine Knick-/Senkfuss-Deformation sei die vermutlich häufigste Fehlstellung der Füße und führe in den seltensten Fällen zu einer Problematik der Tibialis posterior-Sehne (act. G7.2) - in der medizinischen Literatur bestätigt wird (Debrunner, a.a.O., S. 1142, 1144). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Knick-/Senkfuss-Problematik der Beschwerdeführerin je nach Beurteilung der



Sehnenverletzung in den intraoperativen Bildern die von Dr. I.____ oder von Dr. G.____ dargelegte Kausalkette stützen könnte.

5.2.2. Als Indiz gegen eine traumatische Sehnenläsion sieht Dr. I.____ sodann laut ihrer Aktenbeurteilung vom 16. April 2020 (act. M21) das Fehlen einer medizinischen Plausibilität, dass eine oberflächliche Schnittverletzung am rechten Innenknöchel durch eine Glasscherbe - von einer Grösse, die keine Wundnaht erfordert habe, und daher lediglich vom Hausarzt versorgt worden sei - einen ausgedehnten Längsriss bei der nahezu rechtwinklig um den Innenknöchel verlaufenden Tibialis posterior-Sehne, also auch noch exakt im gebogenen Sehnenverlauf, verursacht haben sollte. Diese Schnittverletzung müsste demzufolge nahezu exakt dem üblichen operativen Zugangsweg zur Sehne entsprechen, was durch eine "fliegende Glasscherbe" einer explodierenden [...] nicht möglich sei. Eher nachvollziehbar wäre in diesem Zusammenhang eine partielle, quer verlaufende Schnittverletzung dieser Sehne (act. M21; vgl. auch M10). Die Darlegungen von Dr. I.____ werfen zumindest Fragen auf. So hält Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. August 2020 fest, dass die Verletzung genau über der Sehne liege. Hier zeige sich intraoperativ eine höhergradige Verletzung (act. G7.2). Grundsätzlich kann in der örtlichen Übereinstimmung von Schnittverletzung und Sehnenverletzung ein schlüssiger Hinweis auf einen traumatischen Ursprung der Sehnenverletzung gesehen werden. Zudem vermutet Dr. G.____ (nur) eine sekundäre Komplettruptur mit Vernarbungstendenz und geht initial von einer Partialverletzung aus (act. G7.2), welche selbst Dr. I.____ als Unfallfolge als nachvollziehbar bezeichnet (act. M15). Ob die Glasscherbe nur eine quer verlaufende Schnittverletzung oder je nach Auftreffen auf die Innenseite des Fusses auch eine längsverlaufene Schnittverletzung verursacht haben könnte, vermag das Gericht nicht zu beantworten. Tatsache ist jedenfalls, dass eine Glasscherbe einer [...] bei der Beschwerdeführerin eine Schnittverletzung unter dem Knöchel des rechten Fusses verursachte. Weshalb es dadurch nicht auch zu einer Verletzung tieferer Strukturen gekommen sein kann, leuchtet nicht ohne Weiteres ein. Die Aussage von Dr. I.____, es sei keine Wundnaht erforderlich gewesen, woraus sie offenbar auf eine unbedeutende Wunde ohne die Wahrscheinlichkeit bedeutsamer Verletzungen schliesst, überzeugt nicht. Eine Schnittwunde von ca. 1.5 cm (act. M21) kann nicht mehr als klein bezeichnet werden und genäht wurde sie laut Arztzeugnis UVG vom 30. Oktober 2019 (act. M6) und Stellungnahme vom 1. September 2020 (act. G7.3) von Dr. C.____ deshalb nicht, weil es sich um eine veraltete Schnittwunde (älter als 12 Stunden) gehandelt hat, die nicht mehr genäht werden konnte, was offenbar gängiger medizinischer Auffassung entspricht (vgl. dazu auch <http://www.usz.ch/lehre/Der-chirurgische->



Wundverschluss.pdf; <https://www.netdoktor.ch/krankheit/schnittwunden-7283>, abgerufen am 22. Februar 2021).

5.2.3. Neben der örtlichen Übereinstimmung von Schnittverletzung und Sehnenverletzung bildet auch die zeitliche Konnexität einen Hinweis auf einen traumatischen Ursprung der Sehnenverletzung. Angeblich hatte die Beschwerdeführerin vor dem Unfall nie Probleme mit den Füßen (act. K29). Eine Knick-/Senkfuss-Deformität ist häufig und muss, wie auch von Dr. G. ___ festgehalten (act. G 7.2), keine Beschwerden verursachen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1144). Den zeitlichen Zusammenhang der Sehnenverletzung mit dem Unfall vom 8. September 2019 allein mit einer Zufälligkeit zu begründen und sie uneingeschränkt als Vorzustand zu betrachten, vermag nicht zu überzeugen. Es besteht kein Grund, nicht auch diesen Konnex als Indiz für eine natürliche Unfallkausalität zu werten.

5.3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Stellungnahme von Dr. G. ___ vom 31. August 2020 (act. G7.1 f.) Zweifel an der Aktenbeurteilung von Dr. I. ___ vom 16. April 2020 (act. M21) hervorruft. Die unterschiedliche Beurteilung der intraoperativen Bilder sowie der Knick-/Senkfussproblematik durch Dr. G. ___ (vgl. dazu act. M7, act. 28) war der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids bekannt. Angesichts der sich widersprechenden medizinischen Einschätzungen wäre sie gehalten gewesen, die Sachlage nochmals vertieft abklären zu lassen. Indem sie dies unterlassen hat, hat sie den Einspracheentscheid in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erlassen, weshalb dieser als rechtswidrig aufzuheben ist. Die Sache ist zur weiteren Abklärung, namentlich zur Einholung eines versicherungsexternen orthopädisch-chirurgischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Bestimmung allfälliger weiterer medizinischer Fachpersonen obliegt der mit der Begutachtung zu beauftragenden orthopädischen Fachperson.

6.

6.1. Die Beschwerde vom 6. Juli 2020 ist nach dem Gesagten in dem Sinne gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 5. Juni 2020 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

6.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung).



6.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand für die Beschwerdeführung eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde vom 6. Juli 2020 wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 5. Juni 2020 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.